XXXIII. JAHRGANG. 5. Heft. 1. MÄRZ 1892.

MEDICINISCH-CHIRURGISCHE

RUNDSCHAU.

ZEITSCHRIFT

FÜR DIE

GESAMMTE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. Joh. Baaz (Graz), Dr. Freih. v. Buschman (Wien), Prof. Eppinger (Graz), Doc. Dr. Finger (Wien), Prof. Dr. Glax (Graz-Abbazia), Docent Dr. Grünfeld (Wien), Dr. Hajek (Wien), Oberstabsarzt a. D. Dr. Hastreiter (Strassburg), Sanitätsrath Dr. Hausmann (Meran), San.-R. Dr. Emerich Hertzka (Carlsbad), Dr. Hönigsberg (Gleichenberg), Prof. Dr. Th. Husemann (Göttingen), Dr. Jadassohn (Breslau), Prof. Kaposi (Wien), Dr. J. Karlinski, k. k. Bezirksarzt (Konjica, Herzegowina), Prof. Dr. E. H. Kisch (Prag-Marienbad), Prof. Kleinwächter (Czernowitz), San.-R. Dr. Knauthe (Dresden), Dr. Richard Kohn (Breslau), Doc. Dr. C. Kopp (München), Prof. Kratter (Innsbruck), Dr. H. Levy (Breslau), Docent Dr. E. Lewy (Wien), Hofrath Prof. E. Ludwig (Wien), Dr. L. Mendl (Fünfkirchen), Geh. Reg.-Rath Prof. Dr. Mikulicz (Breslau), Prof. Dr. A. Neisser (Breslau), Prof. Dr. Obersteiner (Wien), Dr. J. Offer (Hall in Tirol), Dr. Ignaz Purjesz (Budapest), Prof. Dr. v. Reuss (Wien), Hofrath Dr. Rochelt (Meran), Prof. Prokop Freih. v. Rokitansky (Innsbruck), Prof. Fr. Schauta (Wien), Dr. M. T. Schnirer (Wien), Dr. Steigenberger (Budapest), Dr. Sterk (Wien-Marienbad), Dr. v. Swiecicki (Posen), Dr. C. Touton (Wiesbaden), Dr. Veninger (Meran) u. A.

redigirt

von

Prof. Dr. W. F. LOEBISCH

an der k. k. Universität Innsbruck.

WIEN.

URBAN & SCHWARZENBERG,

I., Maximilianstrasse 4.

INHALT.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

208. ***Allgemeines und Specielles über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems.*** *Von Dr. H. Oppenheim. Vortrag, gehalten auf der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 49.)*

Oppenheim spricht über die ätiologische Bedeutung der Infection und Intoxication für die Erkrankungen des Nervensystems. Zunächst können unter dem Einfluss der Gifte gewisse typische Krankheitsbilder entstehen, welche durch die directe Einwirkung des Virus auf bestimmte Gebiete des Nervensystems hervorgerufen werden. Hierbei zeigt es sich, dass die verschiedenen Toxine an verschiedenen Stellen des Nervenapparates angreifen, ja, dass sie ihren krankmachenden Einfluss auf Fasern und Zellen von bestimmter physiologischer Dignität beschränken können. Die Zahl der typischen Giftlähmungen ist keine sehr grosse, doch gibt es mehrere wohl charakterisirte Formen, wie die Blei-, Alkohol-, Arsenik- und die diphtheritische Lähmung. Wenig Beachtung haben bisher diejenigen Lähmungsformen gefunden, die durch die combinirte Wirkung mehrerer Gifte herbeigeführt werden; hier können geringere Dosen eines Giftes, die wir nicht als toxisch betrachten, zu Erkrankungen des Nervensystems führen, wenn sich die Wirkung eines anderen Virus hinzugesellt. Ein weiterer Modus, nach welchem die toxischen Producte ihren Einfluss auf das Nervensystem geltend machen, ist ein mittelbarer, indem sie zunächst den Gefässapparat schädigen. Die durch Vermittlung des Gefässapparates hervorgerufenen toxischen Erkrankungen sind meistens diffuser Natur, während die Einwirkung der Gifte auf bestimmte Gebiete und Fasergattungen des Nervensystems das Entstehen systematisirter Krankheitsformen veranlasst. Für gewisse Krankheiten des Nervensystems, die in Form von disseminirten Herden auftreten, ist es nicht leicht, zu entscheiden, ob sie durch directe herdweise Einwirkung der Mikroben oder Gifte auf das Nervengewebe erzeugt oder durch eine disseminirte Gefässerkrankung bedingt werden. Hierher gehören die disseminirte Myelitis, respective Myelo-Encephalitis nach Infectionskrankheiten und die disseminirte Sclerose, in deren Aetiologie Infectionskrankheiten und Intoxication mit metallischen Giften eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Auch für die Aetiologie der functionellen Neurosen ist der Einfluss der Gifte nicht zu unterschätzen. Ferner wird die Beeinträchtigung des Nervensystems durch die toxischen Producte dadurch vermittelt, dass diese einen allgemeinen Entkräftungszustand herbeiführen, eine Anämie und Cachexie geringeren oder stärkeren Grades mit ihren mannigfachen Consequenzen für die nervösen Organe (Neur-

asthenie und deren Folgezustände). Die Gifte brauchen aber nicht nur direct Erkrankungen des Nervensystems hervorzurufen, sondern sie können dasselbe auch für andere Schädlichkeiten empfänglicher machen. So entwickelt sich die traumatische peripherische Lähmung besonders leicht bei Individuen, die unter dem Einflusse einer chronischen Intoxication stehen; der Alkoholismus und die chronische Bleiintoxication bilden eine entschiedene Prädisposition für die sogenannten Beschäftigungsatrophien und professionellen Paresen. Endlich ist von grosser ätiologischer Wichtigkeit der Factor der Intoxication bei den Ascendenten für die Nervenkrankheiten der Nachkommenschaft. Seit langer Zeit ist ja der verderbliche Einfluss des Trunkes auf die Descendenten bekannt, die häufig an Epilepsie und Psychosen erkranken. Es gibt also nicht nur eine neuropathische, sondern auch eine toxicopathische Belastung.

H. Levy, Breslau.

209. ***Myositis ossificans.*** *Von Dr.* ***C. Stuitsgaard****, Kopenhagen. (Nordiskt med. Arkiv. 1891. Bd. XXIII. 18.)*

Sowohl die unter dem Namen Exercier- und Reitknochen bekannten Ossificationen im Deltoideus, Pectoralis und Adductoren bei Infanteristen, beziehungsweise Cavalleristen, als die von *Münchmeyer* 1869 beschriebene Myositis ossificans progressiva gehören zu den grossen Seltenheiten. Ein Fall der letzteren Affection kam im Kopenhagener Commune-Hospitale bei einem vierjährigen Mädchen vor. Hier war der linke M. sternohyoideus ossificirt und ein knochenartiges Product, das sich im Platysma myoides oder in der subcutanen Fascie entwickelt hatte, setzte sich vom Zungenbein bis zum Unterkiefer fort, so dass die Bewegung des letzteren ausserordentlich beschränkt war. Der Versuch, durch Exstirpation den neugebildeten Knochen zu entfernen und dadurch das Leiden zu heben, misslang, denn schon vor der völligen Heilung der Operationswunde zeigte sich Induration des linken Sternocleidomastoideus und recidivirende Ossification in der Halsfascie. Der Fall ist von besonderem Interesse, weil die Kranke an Mikrodactylie beider Daumen und grossen Zehe und Ankylose ihrer Phalangen litt, und weil die Literatur nachweist, dass dieselbe Difformität bei Kindern mit Myositis ossificans nicht selten sich findet. Eine Erklärung dieses Zusammentreffens ist freilich nicht zu geben.

Th. Husemann.

210. ***Ueber einige schmerzhafte Affectionen im Gefolge der Influenza.*** *Von Dr.* ***Ernest Sansom****. (The Lancet. 1892. 2. Jan. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 9.)*

Verf. berichtet über eine Anzahl schwerer Neuralgien, für die keine andere Aetiologie zu finden war, als vorhergegangene Influenza, und zwar variirte der Zwischenraum zwischen der Attacke dieser Krankheit und jenen Folgeaffectionen von einigen Wochen bis zu 20 Monaten. Die Krankheitsfälle werden von Verf. in folgende Gruppen gebracht: 1. Localisation der Neuralgien in der Abdominalgegend. Entweder erstreckte sich der Schmerz auf das Abdomen im Allgemeinen, oder aber speciell auf das Epigastrium, oder endlich auf die Gegend des rechten Hypochondrium. Anfangs eine Gallencolik vortäuschend, aber in seinem neurotischen Charakter durch die Abwesenheit jedes objectiven Befundes gekenn-

zeichnet. Bei der epigastrischen Form traten die Schmerzen gewöhnlich in Paroxysmen, häufig Nachts auf, zuweilen von Erbrechen begleitet, in einem Falle mit Heisshunger verbunden; bei Nahrungsaufnahme trat dabei Milderung des Schmerzes ein, worauf aber bald Uebelkeit folgte. Auch Druckgefühl auf der Brust und Unfähigkeit, tief zu athmen, kamen in diesen Fällen vor. Dabei bestand Neigung zu Diarrhoe. 2. Kopfneuralgien an den verschiedensten Stellen: Supraorbital-, Occipitalregion u. s. w., auch allgemeiner Kopfschmerz, zuweilen verbunden mit Schwindel, Ohrensausen, Tremor, Herzpalpitation, Unterleibscolik oder gastrische Krisen. 3. Neuralgien in der Herzgegend. Zuweilen constanter und dumpfer Schmerz in der Herzgegend (in einem Falle verbunden mit Ameisenlaufen den linken Arm hinab); meist aber paroxysmenartige Anfälle, die eine Angina pectoris vortäuschen konnten und in einigen Fällen zu Bewusstseinsverlust führten. Während zuweilen kein unmittelbarer Anlass zu der Attacke ersichtlich war, traten dieselben bei einer 41jährigen Dame nach Anstrengungen ein; in letzterem Falle war der Schmerz auf den zweiten linken Intercostalraum — vermuthlich die Gegend des oberen Plexus cardiacus — beschränkt, woselbst sich auch eine empfindliche Stelle befand; auch wurden in liegender Stellung die Herzpulsationen schmerzhaft empfunden. Auch das charakteristische Gefühl der Oppression und Todesangst war bisweilen vorhanden, desgleichen Verlangsamung oder Unregelmässigkeit des Pulses 4. Neuralgien der Extremitäten. Hier kamen in Betracht Arme, Waden, Oberschenkel, die Gegend des N. ischiadicus u. s w., zuweilen mit nächtlichen Exacerbationen verbunden, manchmal auch mit Neuralgien an Theilen des Rumpfes vergesellschaftet. Was die Deutung dieser Fälle anbelangt, so meint Verf., dass sie unzweifelhaft auf einer peripheren Neuritis beruhten, und er begegnet sich so mit den jüngst referirten Ansichten von *Althaus*, dass die Materia morbi der Influenza dem syphilitischen Virus in der Tendenz ähnle, nach Ablauf der acuten Krankheit hinterher mannigfache Theile des Nervensystems heimzusuchen, dass sie dagegen das syphilitische Gift übertreffe in der Intensität und Raschheit der Wirkung.

211. ***Ueber acute idiopathische Halsdrüsenentzündung.*** *Von Dr. H. Neumann. Vortrag in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 4.)*

Der nachfolgend beschriebene Symptomencomplex unterscheidet sich in mehreren Punkten von ähnlichen Krankheitsbildern, wie sie von *Pfeiffer*, *Henoch* und Anderen beschrieben sind. Es ist eine Krankheit des Kindesalters. Von 27 Fällen, die Redner beobachtet hat, betrafen 11 Kinder unter einem, 10 Kinder unter zwei Jahren. Nachdem zuweilen ein unbedeutender Husten und leichter Schnupfen vorangegangen ist, hebt die Krankheit plötzlich mit hohem Fieber an, die Kinder werden unruhig, matt, schlaflos, haben Erbrechen und Kopfschmerzen. Am folgenden Tage entsteht an einer Seite des Halses, selten an beiden, eine schnell anwachsende Schwellung. Puls und Athmung werden beschleunigt. Am Halse imponirt eine pralle, gleichmässige, druckempfindliche, geröthete Geschwulst, die unter dem Kieferwinkel beginnt, unter dem Sternocleidomastoideus heruntergeht und zuweilen jenseits desselben zum Vorschein kommt.

Die Geschwulst erreicht die Grösse eines Gänseeies und fixirt den nach der kranken Seite hin gebeugten Kopf. Beide Seiten des Halses werden gleich oft befallen. Der weitere Verlauf ist verschieden. Entweder erfolgt ein allmäliger Abfall des Fiebers unter Rückgang der localen Erscheinungen, oder es kommt zur Eiterung. Die Krankheit ist durchaus gutartig. Auch nach Incision des Abscesses kommt sie in 5 bis 7 Wochen zur Heilung. In naher Beziehung steht sie in der Mehrzahl der Fälle zu Erkrankungen des Nasenrachenraumes, durch welche offenbar das infectiöse Agens in den Körper eingedrungen ist. Diese gemeinsame Aetiologie wird auch noch durch das wiederholt gleichzeitige Auftreten von Otitis media bewiesen. Bacteriologisch lässt sich in dem Eiter der incidirten Abscesse hauptsächlich der Streptococcus nachweisen. Die Krankheit scheint epidemisch aufzutreten und durch Witterungseinflüsse bestimmt zu werden. Sie tritt gehäuft auf zur selben Zeit, wie die catarrhalischen Affectionen des Athmungsapparates. Schliesslich steht die Krankheit noch ätiologisch in Beziehung zu dem acuten idiopathischen Retropharyngealabscess, der auf dasselbe infectiöse Agens zurückzuführen ist. Die beiden Erkrankungen treten zuweilen alternirend auf, sie können zusammengefasst werden unter dem Namen der acuten idiopathischen Lymphdrüsenempfindung.

212. ***Beitrag zur Kenntniss der chronisch-tuberculösen Peritonitis des Kindesalters.*** *Von Dr. Emil Berggrün und Dr. Arthur Kuntz. (Wien. klin. Wochenschr. 1891. 46. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 6.)*

Eine der auffallendsten und noch am wenigsten geklärten Thatsachen auf dem Gebiete der klinischen Medicin ist das Auftreten acholischer Stühle bei nicht bestehendem Icterus und mangelnder Gallenpigmentreaction im Harne, wie man demnach annehmen muss, bei offenen Gallenwegen. Nun hatten verschiedene Autoren dasselbe Symptom bei der chronischen Peritonitis der Kinder neben einem abnormen Fettreichthum der Fäces beobachtet, ohne jedoch einen bestimmten Grund für diese Erscheinungen angeben zu können. Auffällig war ferner bei diesen acholischen oder vielmehr durch Gallenfarbstoffe nicht gefärbten Stühlen der Mangel an fauligem Geruch, der bei den in Folge von Icterus gleichfalls entfärbten Fäces sich bekanntlich stets in unangenehmster Weise bemerkbar macht. Verff. haben nun bei einer ganzen Reihe von Kindern, die an chronischer tuberculöser Peritonitis litten, die Fäces chemisch untersucht und glauben aus dem Resultat dieser Versuche folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: 1. Die Entfärbung der Stühle bei der tuberculösen Peritonitis des Kindesalters ist in einer Vermehrung des zur Ausscheidung kommenden Fettes begründet. 2. Die Secretion der Galle ist nicht gestört. 3. Die Wirkungsweise der Galle ist modificirt — indem ihre antiputriden Eigenschaften wohl erhalten bleiben, ihre Wirkung auf die Fettverdauung jedoch vermindert erscheint. Da der freie Abfluss der Galle in den Darm nicht gestört ist, so erklärt es sich auch, dass der Harn normal gefärbt ist, d. h. keine Gallenfarbstoffe enthält, die Gallenfarbstoffe bedürfen keiner anderen Ausgangspforte aus dem Organismus, wie dies beim Icterus und dem dadurch gegebenen behinderten Gallenabfluss der Fall ist.

213. ***Zur Differentialdiagnose zwischen cerebraler Blutung und Erweichung.*** *Von Dr. Ch. Dana. (Med. Record. 1891. 30. — Centralbl. f. Nervenhk. 1892. Januar.)*

Verf. gibt einige Anhaltspunkte für die differentiale Diagnose zwischen Hirnblutung, Erweichung und Embolie — die sehr schwierig, oft geradezu unmöglich ist — indem er 74 von ihm beobachtete, zur Section gekommene Fälle analysirt. Die Dauer der Krankheit beträgt im Durchschnitt in Fällen mit tödtlichem Ausgang: bei Ventrikelblutungen 1—3 Tage, bei anderen centralen Hämorrhagien und Blutungen der Oberfläche eine Woche, bei acuter Erweichung 1—10 Wochen. Wichtig für die Diagnose ist das Alter. Nach Verf. treten Hämorrhagien häufiger als gewöhnlich angenommen wird, in den Vierziger Lebensjahren auf. Die Hauptzahl der Fälle liegt zwischen 30—50 Jahren. Die meisten Erweichungen scheinen in dem Zeitraum zwischen 50 und 60 Jahren aufzutreten, wenigstens gilt das für die thrombotischen. Was den Sitz des Processus betrifft, so bestätigt die Beobachtung, dass 1. Embolien meist auf der linken Seite auftreten, und dass 2. Hämorrhagien und Embolien ihren Sitz in der Mehrzahl der Fälle im Gebiete der Art. cerebri media haben. Sitzt das Leiden daher im Gebiete der Art. post cerebri oder vertebralis, so wird es sich wahrscheinlich um eine Erweichung thrombotischer Natur handeln. Sowohl bei Blutungen als bei Emollition stellen sich Delirien ein, wenn nicht schon innerhalb 4—5 Tagen der Tod eintritt. Kurze Anfälle tiefster Bewusstlosigkeit deuten auf Thrombose, ebenso prämonitorische leichte Anfälle. Am tiefsten ist die Bewusstseinsstörung bei ventriculären Blutungen, geringer bei oberflächlichen, meningealen. Ein schnelles Uebergehen von partieller zu tiefer Bewusstseinsstörung lässt annehmen, dass die Blutung in die Ventrikel durchbrochen ist, während Convulsionen auf einen Durchbruch der Blutung auf die Oberfläche schliessen lassen. Tritt der Anfall ohne Bewusstlosigkeit auf, folgt diese aber sehr bald darauf, so lässt das auf Embolie schliessen. Convulsionen sind in der Regel das Symptom für Hämorrhagie, doch können sie auch bei acuter corticaler Erweichung auftreten. Frühzeitige Muskelrigidität, besonders auf der paralytischen Seite, tritt fast nur bei Hämorrhagien auf, und zwar hauptsächlich bei ventriculären, selten (3 Fälle) bei Thrombose und noch seltener (1mal) bei Embolien. Bei Hämorrhagien besteht meist Verengerung und Unregelmässigkeit der Pupillen und mangelhafte Lichtreaction. Ungleiche Pupillen findet man am häufigsten bei Blutungen an der Oberfläche, wobei die Dilatation sich meist auf derselben Seite, wie die Hämorrhagie, befindet. Bei acuten Erweichungen wurden ungleiche Pupillen selten beobachtet. Auf eine Läsion der Oberfläche muss man schliessen bei Convulsionen mit conjugirter Deviation der Augen (und des Kopfes) nach der Seite hin. Anästhesie tritt am häufigsten bei Erweichung auf. Bedeutende Hemianästhesie zugleich mit mässiger Lähmung spricht für Erweichung. Die Temperatur sinkt bei Beginn des apoplectischen Anfalles mehrere Grade, nach einigen Stunden fängt sie jedoch an zu steigen und erreicht oft bei letalen Fällen eine bedeutende Höhe, während die Erweichung sich dadurch vor der Hämorrhagie auszeichnet, dass bei ihr die Körpertemperatur

von Anfang an weniger beeinflusst ist, und wenn es der Fall ist, so doch nur auf der gesunden Seite. Ist der Pat. zwischen 30 und 50 Jahren, und hat er kein Herzleiden, so verhielt sich die Wahrscheinlichkeit für Hämorrhagie wie 6 zu 1. Symptome für Hämorrhagie sind also: Alter 30—50 Jahr, plötzliches Auftreten mit Coma, Rigidität, stark ausgesprochene Lähmung, ungleiche Pupillen, Verbindung von Convulsionen mit Deviation, oben erwähnte Temperaturstörungen.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

214. ***Ueber die Anwendung von Guajacolcarbonat bei Tuberculose.*** *Von Dr. R. Seifert und Dr. F. Hölscher. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 51.)*

Schon seit geraumer Zeit haben die Nachtheile und Gefahren, welche die Anwendung eines Mittels von so schwankender Zusammensetzung wie Kreosot und von so starker Reizwirkung wie Kreosot oder Guajacol mit sich bringt, Veranlassung gegeben, nach einem Arzneimittel zu suchen, das nur die günstige Wirkung des chemisch reinen Guajacol zeigt. Erst vor Kurzem sind solche Versuche mit Benzoylguajacol (Benzosol) von *Walzer* veröffentlicht worden, über die Referent bereits berichtet hat. *Seifert* und *Hölscher* glauben das vorgesteckte Ziel mit der Herstellung des Guajacolcarbonates $CO(OC_6H_4OCH_3)_2$ erreicht zu haben, das ein einheitlicher, chemisch reiner Stoff, fest und krystallinisch, geruchlos, geschmacklos, unlöslich in Wasser von neutraler Reaction, ohne Reizwirkung auf die Schleimhäute ist und die Verdauungsorgane in keiner Weise belästigt. Dem gesunden Magen gegenüber verhält es sich indifferent; erst im Darme spaltet es sich durch Anlagerung von Wasser in Guajacol und Kohlensäure. Im kranken Phthisikermagen aber, wo sich meist eine abnorm grosse Menge saprophytischer und parasitärer Bacterien befindet, wird gerade durch die Fäulniss- und Gährungsprocesse eine grössere Menge Guajacol abgespalten, welches die Entwicklung der Bacterienwelt hemmt. Das frei gewordene Guajacol wird sofort resorbirt, so dass bei Einverleibung grosser Mengen Guajacolcarbonat eine Ansammlung von freiem Guajacol im Darme nicht stattfindet. Das wieder ausgeschiedene Guajacol ist oft schon $^1/_2$—1 Stunde nach der Einnahme im Harn nachzuweisen. *Seifert* und *Hölscher* haben bisher circa 60 Phthisiker in den verschiedenen Stadien der Krankheit mit Guajacolcarbonat behandelt, Anfangs 0·2—0·5 Grm., später sogar bis 6 Grm. pro die gegeben, ohne dass jemals bei den Patienten irgend welches Unbehagen durch das Präparat verursacht wurde. Einer Aufbesserung des subjectiven Wohlbefindens (Hebung des Appetites, der Ernährung, Zunahme des Körpergewichtes) entsprach auch der objective Lungenbefund, indem leichte Dämpfungen sich aufhellten, Rasselgeräusche sich verminderten, respective verschwanden und die Bacillen im Auswurf abnahmen. Zum Beweise folgen einige Krankengeschichten, aus denen jedoch hervorgeht, dass zu einer erfolgreichen Therapie ein strenges Individualisiren der Fälle gehört. *H. Levy,* Breslau.

215. ***Ueber subcutane Injectionen von Oleum camphoratum Pharm. Germ.*** *Von Dr. **Bruno Alexander**. (Deutsch. Med.-Ztg. 1891.)*

Verf. hat seit zwei Jahren bei Lungenkranken mit subcutanen Campherinjectionen sehr bemerkenswerthe Resultate gesehen. Injicirt man täglich 1 Grm. Ol. camph., so stellen sich gewöhnlich nach der fünften Injection Kopfschmerzen und nächtliche Unruhe ein. Beginnt man früher als in Zwischenräumen von mindestens 8 Tagen, so treten dieselben Erscheinungen schon nach der zweiten Injection auf. Campherinjectionen wirken cumulativ. Bei Lungenschwindsüchtigen werden die Campherinjectionen gewöhnlich längere Zeit vertragen, als bei anderen. Angina follicularis, Coryza acuta, Pharyngo-Laryngitis acuta können schon durch eine Campherinjection coupirt werden. Bei Bronchitiden ist das Secret nach der ersten Injection vermehrt, nach der vierten Injection selbst in sehr schweren Fällen fast vollkommen geschwunden. Die Bronchitiden der Emphysematiker werden jedoch nur in geringerem Masse durch die Campherinjection beeinflusst. Injicirt man bei croupöser Pneumonie einen Tag um den anderen, so findet man an den dazwischenliegenden Tagen neben Besserung des Allgemeinbefindens die Körpertemperatur bis um einen Grad geringer. Eine Abkürzung der Krankheit wird dadurch nicht erzielt. Die Campherinjectionen wirken antipyretisch, und zwar bei Erkrankungen der Respirationsorgane schon in kleinen Dosen. Bei Pneumonien Herzkranker, schwächlicher und alter Individuen von Beginn an hält Verf. in jedem Falle die Campherbehandlung für indicirt; im Uebrigen reservirt er dieselbe für bedenkliche Zustände während der Krisis und hauptsächlich nach eingetretener Krisis; nach viermaliger Anwendung ist das Secret in den Lungen verschwunden und die Reconvalescenz um ein Bedeutendes abgekürzt. Im Endstadium der Lungenschwindsucht (Cavernen, nächtliche starke Schweisse, hectisches Fieber etc.) sah Verf. von keinem anderen Mittel auch nur annähernd solche glänzende Erfolge wie von der Campherbehandlung. Die Campherinjectionen wirken vorzüglich gegen die nächtlichen Schweisse der Phthisiker. Der Hustenreiz wird auf ein Minimum reducirt, der Auswurf flüssiger, bedeutend verringert; das Allgemeinbefinden bessert sich ungemein, so dass Kranke, welche nicht mehr fähig waren, das Bett zu verlassen, schon nach der ersten Injection dazu sich kräftig genug fühlten. Mit dem Nachlass aller dieser Beschwerden tritt auch ruhiger Schlaf ein. Morphium wird bei der Campherbehandlung vollkommen unnöthig. Auch Hämoptysen verliefen bei dem Gebrauch von Campherinjectionen günstig und die Patienten konnten früher das Bett verlassen, ohne ein Recidiv zu erleiden, als bei anderer Behandlung. Ausser bei den Erkrankungen der Respirationsorgane hat Verf. noch folgende Erfahrungen mit den Campherinjectionen gemacht: bei Herzkranken, welchen Digitalis nichts mehr nützte, stellte sich nach Gebrauch von Campherinjectionen eine Heilwirkung der Digitalis wieder ein. Chlorotische Individuen, bei welchen systolische Herzgeräusche, Athemnoth bei Körperanstrengungen und allgemeine Schlaffheit sich zeigten, besserten sich durch Campherinjectionen. Kinder vertragen die Campherinjectionen bis zur

erfolgten Dentition nur in minimalen Dosen. Auf das Befinden der Brustkinder schienen die wegen Pneumonia catarrhalis den Müttern gemachten Campherinjectionen keinen irgendwie ungünstigen Einfluss zu üben.

216. ***Beiträge zur Kenntniss der Wirkung von Sauerstoffeinathmungen auf den Organismus.*** *Von Dr. Honigmann. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIX, pag. 270. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 5.)*

Verf. prüfte den Einfluss der Sauerstoffinhalationen auf den Organismus, indem er als Maassstab für die Wirkung den Einfluss auf den Stoffwechsel, besonders den Stickstoffwechsel festzustellen suchte. Die Untersuchungen wurden bei 5 sauerstoffarmen anämischen oder chlorotischen Individuen ausgeführt, welche 40—100 L. pro die inhalirten. Die Inhalationen wurden von allen Patienten gut vertragen. Bei zwei Patienten, die sich im Zustande des gestörten Stickstoffgleichgewichtes befanden, stellte sich dasselbe durch die Inhalationen wieder her. Die eine Patientin zeigte einen directen Heilerfolg, während in dem anderen Falle in Folge einer latenten Ursache der Anämie keine Besserung erzielt wurde. Im ersten Falle trat auch eine Blutveränderung ein, während im zweiten, wie auch bei den drei Chlorosen weder hinsichtlich der Zahl der Formelemente noch im Hämoglobingehalt eine Veränderung erfolgte. Bei zwei chlorotischen Mädchen, die sich im Stoffwechselgleichgewicht befanden, trat unter der Wirkung des Sauerstoffes eine vermehrte Stickstoffausscheidung ein, die bei der einen Patientin sogar die Grösse der Einnahmeziffer übertraf, jedenfalls also eine lebhaftere Zersetzung des Circulationseiweisses. Nach den Beobachtungen bei den ersten beiden Patientinnen scheint der Rückschluss berechtigt, dass der verminderte Hämoglobingehalt, das Hauptcharakteristicum des chlorotischen Blutes, für den Sauerstoffmangel des Gesammtorganismus keine wesentliche Bedeutung hat. Wenn der erhöhte Eiweisszerfall als Kriterium für den letzteren anzusehen ist, so würden sich nur solche Chlorosen zur Sauerstoffbehandlung eignen, bei denen die schlechte Ernährung im Vordergrund steht. Für die Sauerstoffbehandlung geeignet hält Verf. besonders die sogenannten idiopathischen perniciösen Anämien, die keine maligne Ursache haben, vielleicht auch die des Diabetes. Die Inhalationen würden dann zu verbinden sein mit solchen Mitteln, welche die Rolle von Sauerstoffüberträgern im Organismus übernehmen, besonders mit Arsen und Schwefel.

217. ***Ueber den Nährwerth der Eierklystiere.*** *Von Dr. Armin Huber. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVII. — Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 2.)*

Huber hat am Menschen eine grössere Untersuchungsreihe durchgeführt, welche die früher von *Ewald* behandelte Frage betrifft, ob einfach emulgirte Eier ohne irgend welchen Zusatz prompt vom Darm resorbirt würden. Die Untersuchungen *Huber's* ergeben, dass das einfach emulgirte Hühnerei in der That vom Dickdarm, respective Rectum zu einem beträchtlichen Theil resorbirt wird, dass aber durch Zusatz von Kochsalz oder durch Peptonisirung der Eier die Resorption ganz erheblich (zeitweise um mehr wie das Doppelte) gesteigert wird. Die mit Kochsalzwasser vermengte

Eieremulsion stellt ein vortreffliches Nährklystier dar, doch soll der Kochsalzgehalt nicht zu hoch sein (1 Grm. Kochsalz auf 1 Ei). Deshalb ist die Bemerkung *Ewald's* „Zur Noth genügen zu Nährklystieren schon gut emulgirte rohe Eier, die man mit etwas Kochsalzwasser verdünnen kann“, nach *Huber* besser dahin zu formuliren: „In der mit Kochsalzwasser vermengten Eieremulsion besitzen wir ein vortreffliches Nährklystier“. Kein einziges der zahlreichen Klystiere dieser Art, welche *Huber* applicirte, wurde unzeitig ausgestossen, sie wurden ausnahmslos gut ertragen und erzeugten keinerlei Reizerscheinungen von Seiten des Darmes. Von der immerhin complicirten Peptonisirung der Eier will *Huber* absehen, da sie dem Kochsalzeierklystiere gegenüber die Resorptionsfähigkeit nur noch um ein Geringes steigerte. Bezüglich der Application folgt *Huber* den Vorschriften *Ewald's*: Man lasse die Nährmasse, deren Gesammtmenge $^1/_4$ Liter nicht überschreiten soll, durch ein hoch in den Darm eingeführtes langes, weiches Darmrohr langsam einfliessen. Referent *Kaufmann* hat an der Klinik *Kussmaul's* sehr oft die dort seit Jahren gebräuchlichen Nährklystiere dargereicht und darreichen sehen, welche aus emulgirten Eiern und Fleischbrühe hergestellt wurden — eine dem obigen Kochsalzwasser-Eierklystiere wohl analoge Mischung. Der Darm erwies sich diesen Klystieren gegenüber, wenn durch Wasserklystiere für Reinigung gesorgt wurde, durchaus tolerant. Bei sehr heruntergekommenen Patienten setzte man mit grossem Nutzen den Klystieren $^1/_3$ der Menge Weisswein zu.

218. **Ueber Anwendung des Methylenblau bei tuberculösen Processen.** *Von Dr. Althen, Wiesbaden. (München. med. Wochenschr. 1892. 1. — Wien. klin. Wochenschr. 1892. 4.)*

Althen berichtet über günstige Wirkungen des Methylenblau bei tuberculösen Processen und bei entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane. Das Methylenblau wurde theils in wässeriger concentrirter Lösung, theils in 10%iger Mischung mit Cacaobutter (als Bacilli, Globuli oder Suppositorien), theils in Substanz rein oder zu gleichen Theilen mit Magnesia usta gemischt angewandt. Bei tuberculösen Processen gab *Althen* das Methylenblau meist innerlich, und zwar aufsteigend von 0·1 Grm. pro die bis zu 1·5 Grm. (am ersten Tage 0·1, am zweiten Tage zweimal 0·1 u. s. w.), wobei besondere Rücksicht darauf zu nehmen ist, dass das Mittel im unmittelbaren Anschluss an die Mahlzeiten (also bei täglicher Verabreichung von 1·5 Grm. deshalb dreimal täglich 0·5 Grm.) eingenommen wird. Wo dies nicht geschieht, lasse man dasselbe nur zu gleichen Theilen mit Magnesia usta geniessen. Wurde die Tagesdosis von 1·5 Grm. erreicht, dann verringerte *Althen* die Quantität des in der Folge dargereichten Mittels ebenso, wie er mit demselben angestiegen, bis er zu 0·1 Grm. pro die wieder abgesunken, um neuerlich und in gleicher Stufenleiter wieder anzusteigen etc. Acht Fälle von nicht cavernöser Lungenphthise, beziehungsweise Larynxphthise zeigten eine erhebliche Besserung unter derartiger Therapie, selbst nahezu volle Heilung; bei ausschliesslicher Kehlkopfphthise wurde übrigens das Mittel neben innerlichem Gebrauche auch local in Pulverform angewendet. — In drei Fällen von Halsdrüsentuberculose brachte das Mittel, jeden

dritten Tag in die erkrankten Drüsen je eine *Pravaz*'sche Spritze eine 17 pro Mille-Lösung, der einige Tropfen Alkohol zugesetzt waren, eingespritzt, die Drüsen zum Verschwinden. Auch hier wurde übrigens täglich 0·5 Grm. innerlich dargereicht. Vier Fälle von an Knochentuberculose Erkrankten, local und per os mit Methylenblau behandelt, erfuhren gleiche Heilung. Günstige Einwirkung des Methylenblau merkte *Althen* überdies bei Endometritis und parametralen Exsudaten. Hier wurde wie bei Behandlung der tuberculösen Drüsen Methylenblau direct injicirt, dort jeden dritten Tag ein 10 Procent Farbstoff enthaltendes Stäbchen aus Cacaobutter in die Uterushöhle eingeführt, beiderseits erfolgte Heilung je nach der Schwere der Erkrankung in 14 Tagen bis zu $^1/_4$ Jahr. Von der analgetischen Wirkung des Methylenblau endlich überzeugte sich *Althen* in einem Falle von Pneumonie. Hier schwanden schon nach einer einmaligen Dosis von 0·5 Grm. die begleitenden pleuritischen Schmerzen, während gleichzeitig die Athmung freier wurde.

219. ***Zur Therapie der Diphtherie.*** *Von Prof.* ***Strübing.*** *(Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 48. — München. med. Wochenschr. 1891. 52.)*

Strübing weist in erster Linie darauf hin, dass man nach den *Löffler*'schen Untersuchungen streng unterscheiden muss zwischen der „echten" Diphtherie, bei welcher der *Löffler*'sche Bacillus gefunden wird, und der „Pseudodiphtherie", welche der Einwirkung der Streptococcen ihre Entstehung verdankt. Diese Streptococcendiphtherie ist eine viel gutartigere Erkrankung, sie ist es zum Theil gewesen, welche so vielen Mitteln unverdienten Ruhm geschafft hat. Die beiden Formen lassen sich im Anfang der Erkrankung wohl immer nur durch die Anlegung der Cultur differenziren. Von einer richtigen Therapie der Diphtherie verlangt Verf. drei Dinge: 1. Behinderung der weiteren Bacterienentwicklung, 2. Paralysirung des bereits eingedrungenen Giftes, 3. Behinderung der Invasion anderer Bacterien. Die Erfüllung aller dieser ideellen Forderungen ist unmöglich; möglich ist allein, die Entwicklung der Diphtheriebacillen und die Invasion sonstiger Mikroorganismen zu hindern, und das auch nur bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen. *Strübing* muss sich nach seinen Erfahrungen entschieden zu Gunsten einer örtlichen Behandlung aussprechen, und zwar hat er, von den bekannten Untersuchungen *Löffler's* ausgehend, sowohl die Carbolwie die Quecksilberbehandlung eingeleitet. Mit beiden hat er entschieden günstige Erfolge erzielt. Die Carbolbehandlung besteht darin, dass alle 4 bis 8 Stunden eine Mischung von

Acid. carbol. 3·0—5·0
Ol. Terebinth. rect. 40·0
Alkohol absol. 60·0

vermittelst Wattebäuschchen auf die erkrankten Stellen applicirt wird. Gleichzeitig lässt man alle 4—8 Stunden sich gurgeln mit

Acid. carbol. 3·0
Alkohol 30·0
Aq. dest. 70·0.

Erwachsene nehmen zur jedesmaligen Gurgelung einen Esslöffel voll, Kinder einen Kinderlöffel der Mischung. Die Quecksilber-

behandlung wird in der Weise vorgenommen, dass eine Sublimatlösung alle 4—8 Stunden in derselben Weise wie die Carbollösung auf die erkrankten Stellen gebracht wird und gleichzeitig Gurgelungen mit Sublimat 1 : 10.000 oder mit Hydrargyrum cyanatum in der gleichen Concentration vorgenommen werden. Die Gurgelungen sowohl mit der Carbol- wie der Quecksilberlösung dürfen erst dann gestattet werden, wenn man sich überzeugt hat, dass die Kranken überhaupt gurgeln können, und dass nicht die Gefahr des Verschluckens besteht. Bei etwaigen Intoxicationserscheinungen sind die Gurgelungen sofort einzustellen. Für die Reinigung der Rachenhöhle sorgt man in beiden Fällen am besten durch fleissige Gurgelungen mit Kalkwasser. Als sehr nützlich erwies sich auch in vielen Fällen die innerliche Verabreichung von Hydrarg. cyanat. 0·01 : 100, stündlich einen Theelöffel. Vielleicht kommt dieser Medication eine den Process in seiner Totalität günstig beeinflussende Wirkung zu. Die Sublimatbehandlung schien bei der echten Diphtherie vor der anderen Methode gewisse Vortheile zu haben. Beide Mittel lassen im Stich, sobald es sich um schwere, räumlich stark ausgedehnte Processe handelt und sobald sich der Process auf die Luftwege fortsetzt. Bei der Scharlachdiphtherie erwies sich die Carbolsäurebehandlung als die erfolgreichste.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

220. ***Hydrastinin bei Gebärmutterblutungen.*** *Von Dr. Carl Abel, Specialarzt f. Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 3.)*

Abel wendete das Mittel bei Blutungen an, denen entweder ein objectiver anatomischer Befund zu Grunde lag oder bei denen ein solcher fehlte. Zur ersten Kategorie gehören primäre Blutungen bei Endometritis, Metritis und Myom, sowie secundäre bei Erkrankungen der Anhänge, wie Parametritis, Tubensäcken und Tuboovarialtumoren. Zur zweiten Kategorie gehören die Meno-, respective Metrorrhagien, bei denen ein objectiver Befund nicht erhoben werden konnte, und die gewöhnlich als ovarielle oder congestionelle Blutungen bezeichnet werden. Gerade bei diesen letzteren Fällen bewährte sich das Hydrastinin am besten. Verf. wendet das Mittel stets subcutan an. Die Einspritzungen werden auf der rechten und linken Unterbauchseite gemacht. Man benützt eine 10procentige wässerige Lösung des salzsauren Hydrastinin und injicirt $^1/_2$—1·0 Grm. Die nach der Injection auftretenden brennenden Schmerzen können durch kalte Umschläge gemildert werden. Die Injectionsstelle verfärbt sich am Tage nach der Injection häufig in der Grösse eines Zweimarkstückes blauschwarz. Einmal dehnte sich diese Verfärbung über den ganzen Unterleib aus. Allmälig verschwindet dieselbe wieder und es bleibt an der Injectionsstelle eine Induration übrig, die noch lange auf Druck schmerzhaft bleibt. Wie oft man die Einspritzungen macht, hängt ganz von der Art und Schwere der Erkrankung ab. Handelte es sich um „ovarielle“ Blutungen, welche nur als verstärkte und verlängerte, alle 4 Wochen wiederkehrende Menstruationen auf-

traten, hat *Abel* gewöhnlich in den Wochen bis zum Eintritt der Periode je 1 Einspritzung à $^1/_2$ Grm. gemacht, während der Menses aber täglich 1·0 Grm. Hatte sich bei dieser Behandlungsweise eine Besserung gezeigt, so wurden die Einspritzungen bis zur nächsten Menstruation noch wöchentlich einmal fortgesetzt, während derselben aber keine Einspritzung gemacht. Fast ausnahmslos wurde so bei 2—3monatlicher Anwendung des Hydrastinin die Periode wieder normal und ist es bei den meisten Fällen auch jetzt noch nach 5—6monatlicher Beobachtung. Traten hin und wieder Verschlechterungen ein, so genügte gewöhnlich eine Injection während der Periode, um die Blutung zu stillen. — Halten die congestionellen Blutungen den regelmässigen Typus der Menstruation nicht inne, sondern treten dieselben in unregelmässigen Zwischenräumen (nach 14 Tagen bis 3 Wochen) auf, so muss die Behandlung vom Anfang an eine energischere sein. *Abel* spritzte unter diesen Verhältnissen wöchentlich 2—4mal 1·0 Grm. Hydrastinin ein; während der Menses täglich 1·0 Grm. Meist ergab sich schon beim ersten Eintritt der Periode eine günstige Wirkung, insofern derselbe sich um 4—5 Tage verzögerte. Unter gleichmässig fortgesetzter Anwendung des Mittels trat gewöhnlich das zweite Mal die Periode nach 4 Wochen ein und dauerte bei geringerem Blutverlust nicht länger als 5 Tage. Gleichzeitig verschwanden oft heftige dysmenorrhoische Beschwerden. In einem Falle fanden zur Zeit der sehr profus auftretenden Periode regelmässig Blutungen in die Conjunctiva palpebrarum statt, so dass von dem sich ablagernden Blutfarbstoff die Augen von einem dunkelblauen Ringe umgeben waren. Nach mehrmonatlicher Anwendung des Hydrastinin waren die Blutungen auf die Norm beschränkt und die Augenlider hatten wieder ihr gewöhnliches Aussehen. *O. R.*

221. ***Zur gynäkologischen Elektrotherapie.*** *Von Dr.* ***Ludwig Mandl*** *und Dr.* ***Josef Winter.*** *(Wien. klin. Wochenschr. 1891—92.)*

Die Elektrotherapie in der Gynäkologie, deren Gründer und Hauptvertreter *Apostoli* in Paris ist, hat an der Klinik des Prof. *R. Chrobak*, an dessen Klinik alle streng wissenschaftlichen Methoden eine gastfreundliche Aufnahme finden, um gewissenhaft und objectiv geprüft und beurtheilt zu werden, eine bleibende Heimstätte gefunden. Diesem Umstande haben wir auch diese erste ausführliche Arbeit über Elektrotherapie aus einer Wiener gynäkologischen Klinik von fleissigen und strebsamen Autoren zu danken. Das Wesen der Elektrotherapie besteht darin, durch polare Wirkungen an den zur Behandlung gelangenden Organen Veränderungen zu schaffen, die zerstörend auf das krankhaft veränderte Gewebe wirken, um dieselbe in normale Verhältnisse, zur normalen Function zu bringen. So sehen wir denn auch aus den präcisen Auseinandersetzungen der Autoren, dass die Elektrotherapie zwei mächtigen und bedeutungsvollen Indicationen in der Gynäkologie zu genügen hat, nämlich schmerzlindernd und blutstillend zu wirken. Diesen beiden Indicationen hat die Elektrotherapie in der von den Autoren angewandten, von der *Apostoli*'schen etwas abweichenden Methode vollkommen entsprochen, trotzdem die Methode bei einem ambulanten, nicht genau zu controlirenden und auch nicht allen Anforderungen entsprechenden Materiale geübt wurde. In allen Fällen wurden die

Blutungen schon nach 2—3 Sitzungen für längere und kürzere Zeit und auch permanent gestillt, in den entsprechenden Fällen die begleitenden Schmerzen gelindert, behoben. Behandelt wurden ambulatorisch (die klinischen Fälle werden an anderer Stelle publicirt) 94 Fälle mit 900 Sitzungen, ohne dass auch nur einmal ein übles Ereigniss während der Sitzung, noch eine schädliche Folge im Verlaufe der Behandlung eingetreten wäre. Von den mitgetheilten 94 Fällen waren 44 Endometritiden, 17 Myome mit verschiedenen hochgradigen Blutungen, 4 Dysmenorrhoën, 11 Amenorrhoën, 6 Fälle Para- und Perimetritis etc. Die Elektrotherapie in der Gynäkologie bedeutet einen bedeutenden Fortschritt, einen unschätzbaren Gewinn, und es ist zu hoffen, dass die Technik und Methode von Seite der Autoren noch manche Vervollkommnung erlangen wird.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

222. ***Behandlung inoperabler Mastdarmkrebse.*** *Von Dr. **C. F. Steinthal**, Stuttgart. (Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereines. 1891. 10. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 10.)*

Bei inoperablen Carcinomen des Mastdarms stehen zur Beseitigung der Kothverhaltung, der Blutung und der Jauchung, sowie der im höchsten Grade quälenden Tenesmen verschiedenartige therapeutische Eingriffe offen. Diese bestehen einmal in der Ausschabung des Carcinoms, ferner in der Spaltung des verengerten Darmrohres und schliesslich in der Anlegung eines künstlichen Afters oberhalb der verengerten Darmstelle. Die Ausschabung des Carcinoms mit dem scharfen Löffel und nachfolgende Verschorfung der Wundfläche mit dem Thermocauter ist im Stande, alle die oben genannten Beschwerden auf kürzere oder längere Zeit zu heben, so dass sich die Patienten sichtlich erholten. Statt des Thermocauters kann auch die Chlorzinkpaste zweckmässig angewendet werden. Diese Therapie eignet sich jedoch nur für weiche, rasch wuchernde Carcinome. Die Ausschabung muss öfters, alle 8 bis 10 Wochen, vorgenommen werden und man muss sich dabei stets die Gefahr einer Blutung oder der Perforation des Peritoneums während der Operation vergegenwärtigen. Die Spaltung der ganzen hinteren Wand des Mastdarms bis an das Steissbein wird am zweckmässigsten bei den harten Formen des Krebses vorgenommen, bei denen auch die Stenosenerscheinungen am meisten in den Vordergrund zu treten pflegen. — Am erfolgreichsten zur Hebung aller Beschwerden erscheint die Anlegung eines Anus praeternaturalis, mit der man eventuell noch die Ausschabung verbinden kann. Bei der Ausführung wähle man eine Stelle möglichst nahe oberhalb der verengten Darmpartie, um dem Patienten möglichst viel Darm zum Zwecke der Resorption zu erhalten. Es wird sich dann wohl stets um die Annähung des Colon descendens handeln müssen.

223. ***Ueber Knochenveränderungen bei chronischen Lungen- und Herzkrankheiten.*** *Von Dr. **E. Bamberger**. Aus der medicinischen Klinik Prof. Nothnagel's in Wien. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XVIII. Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 49.)*

Verf. hat bei einer Anzahl chronischer Lungenerkrankungen, besonders Bronchiectasien, sowie chronischer Herzkrankheiten, neben der hierbei so häufig auftretenden Verdickung der Endphalangen der Finger auch eine Veränderung der langen Röhrenknochen,

besonders der diastalen Theile der Unterschenkel- und Vorderarmknochen, bei gleichzeitiger Betheiligung der Hände und Füsse, beobachtet, die sich als eine Periostitis ossificans kennzeichnet und bei länger dauernden Fällen zur Verdickung und Verdichtung der Rinde führt. Es bestehen dabei spontane sowohl, wie Druckschmerzen, aber keine Veränderungen an den Weichtheilen, wodurch allein schon eine Unterscheidung von der Acromegalie gegeben ist. Verf. bringt das Auftreten dieser Knochenaffectionen in Zusammenhang mit den betreffenden Lungen- und Herzerkrankungen, indem er in Bezug auf die ersteren, namentlich die Bronchiectasien, die Annahme sehr naheliegend hinstellt, dass sich in dem putriden Secrete Stoffe bilden, welche in den Kreislauf aufgenommen, auf die knochenbildenden Gewebe als Reiz wirken, wofür er die Wirkung des Phosphors als Analogon ansieht. Experimentelle Versuche mit Einimpfung bronchiectatischer Secrete ergaben zwar negative Resultate, doch hält Verf. die gegebene Erklärung für das Auftreten der Trommelschlägelfinger für plausibler, als die Annahme einer Stauung, welche nur für die betreffenden Veränderungen der Finger bei Herzkrankheiten Geltung hat. Auch die Affection der grossen Röhrenknochen bei diesen könnte hierauf bezogen werden, da vermehrte Blutfülle fördernd auf das Knochenwachsthum einwirken kann; andererseits aber sind die meisten Herzkrankheiten von Stauungscatarrhen der Lunge begleitet, so dass auch hier die Aufnahme differenter Stoffe aus den Secreten und Einwirkung auf das Periost möglich wäre, obwohl Verf. hierfür keine einschlägige Beobachtung gemacht hat. Wahrscheinlich aber sind verschiedene Ursachen bei einem und demselben Individuum massgebend; nur bei angeborenen Herzfehlern bringt er die Trommelschlägelfinger allein mit der hochgradigen Cyanose in Verbindung.

224. ***Erfolgreiche Operation eines Nabelschnurbruches durch Laparotomie.*** *Von Prof. Runge, Göttingen. (Arch. f. Gyn. Bd. XLI, Heft 1 u. 2, pag. 121.)*

Runge machte bei einem 16stündigen, reifen, mit einer citronengrossen Nabelhernie behafteten Kinde die Radicaloperation. Die Oberfläche des Tumors war graugrün, an einzelnen Stellen geröthet. Die den Tumor bedeckende Membran fühlte sich auffallend dick und derb an. Durch sie tastete man Darmschlingen und einen festen Körper. Ursprünglich beabsichtigte *Runge*, das Amnion zu spalten, abzutrennen und die ungefurchte Bruchöffnung ohne Eröffnung der Bauchhöhle zu vernähen. Dies misslang, weil zwischen Amnion, *Wharton*'scher Sulze und Peritoneum eine ungewöhnlich feste, offenbar auf entzündlichem Wege geschaffene Verbindung da war, so dass sich das Amnion nur mühsam in kleinen Fetzen abheben liess. Ein nun vorgenommener Repositionsversuch misslang, da der erwähnte fühlbare Körper, ein Theil der Leber, nicht durch die enge Bruchpforte zu treten vermochte. Es wurde daher der Bruchsack eröffnet. Durch den Hautrand, 1/2 Cm. vom Amnionansatze entfernt, wurde ein Kreisschnitt rings um die Geschwulst herumgeführt und so die Haut aufgefrischt, sowie der Bruchsack eröffnet. Dabei zeigte sich, dass das Peritoneum des Bruchsackes mit der Oberfläche des in demselben liegenden linken Leberlappens breit und fest verwachsen war. Bei der stumpfen Ablösung des

Peritoneums von der Leber wurde letztere an zwei Stellen angerissen, wodurch es erheblich blutete. Die Blutung wurde durch Annäherung des Thermocauters an die blutenden Stellen gestillt. Die Bruchpforte wurde durch Spaltung der Bauchdecken nach unten um etwa 2 Cm. verlängert. Nun liess sich der Bruchinhalt, Leberlappen und Därme, leicht reponiren, worauf der Bruchsack mittelst Silberdraht verschlossen wurde. Von den Nabelstranggefässen wurde nur die noch bluthaltende Vene mittelst Catgut unterbunden. Es wurde ein Verband mit Jodoformgaze und Heftpflaster angelegt. Während der Narcose fielen fast sämmtliche Därme mehrfach aus der Bruchpforte vor. Nach 20 Tagen war das Kind genesen. Dieser Fall ist um so interessanter und wichtiger, als er wieder zeigt, dass dieses operative Verfahren das einzig richtige bei grossen angeborenen Nabelhernien ist. Unterlässt man es, so ist das Kind in der Regel verloren. Bisher wurden erst wenige solcher Operationen vorgenommen.

Kleinwächter.

225. ***Eine neue Methode, den Stumpf des Uterus, nach vorgenommener Amputation desselben wegen Myomen zu versorgen.*** *Von H. T. Byford. (Amer. Journ. of obstetr. October-Heft 1891, pag. 1228.)*

Nachdem er den Gummischlauch angelegt und den Uterus amputirt hat, löst er von der Vorderwand des Stumpfes die Hinterwand der Blase möglichst mit ab bis auf den Boden des Beckens. Dann vernäht er den Stumpf und lässt die Fadenenden sehr lange. Er entfernt den elastischen Schlauch und stösst das vordere Scheidengewölbe durch. Hierauf verlängert er die Oeffnung in die Scheide senkrecht nach abwärts und lässt, nachdem er die Faden in die Scheide geleitet hat, an diesen den Stumpf in die Vagina herabziehen. Liegt der Stumpf nun herabgezogen in der Scheide, so wird das Beckenperitoneum ringsum an die in der Bauchhöhle liegende Basis des Stumpfes angenäht, so dass der Stumpf vom Peritoneum ausgeschaltet in der Vagina liegt. Früher fasste er den in der Vagina liegenden Stumpf in der Klemmzange und liess diese liegen, bis sie von selbst abfiel, jetzt scheint er dies zu unterlassen und sich mit den angelegten Suturen und einer Tamponade der Vagina zu begnügen. *Kleinwächter.*

226. ***Die passiven Geburtsfactoren.*** *Von Jos. Bäcker in Budapest. (Arch. f. Gyn. Bd. XL, 2, pag. 266.)*

Aus zahlreichen Messungen von Köpfen Neugeborener, die nach 8 Tagen wiederholt wurden, zieht *Bäcker* folgende Schlüsse. Bei regelmässigem Becken wird der Durchtritt des normal grossen Kopfes durch dasselbe nicht durch das knöcherne Becken, sondern durch die dieses verengenden Weichtheile behindert. Um dieses Hinderniss zu bewältigen, tritt eine Umformung des Kopfes — eine stärkere Zurückbeugung des Gehirnschädels — und eine Verkleinung desselben ein. Letztere beruht auf einer Entfernung des Blutes und der cerebrospinalen Flüssigkeit aus dem Kopfe. Die Grössenabnahme ist an der vorderen Schädelhälfte ausgeprägter, als an der hinteren, und zwar in Folge der grösseren Anzahl an Nähten und Fontanellen. Wird das Becken enger, so drückt jede einzelne Form des engen Beckens dem Kopfe seine charakteristischen

Merkmale auf. Dort, wo der gerade Durchmesser des Beckens verkürzt ist, erscheint der kleine Querdurchmesser verkürzt. Ist dagegen der transversale Beckendurchmesser verjüngt, so ist der Kopf in der Richtung des geraden Durchmessers umgeformt. Bei normalem Becken erfolgt die Umformung des Kopfes durch das Stirnbein und die Seitenknochen. Bei engem Becken verändert dagegen auch das Occiput seine Stellung. Bei in der Steisslage geborener Frucht besteht die Umformung ihres Kopfes in einer annähernd gleichen Grössenabnahme in der Richtung sämmtlicher Durchmesser. Bei weiblichen Früchten ist die hintere Schädelhälfte vollkommen ähnlich jener der Mutter. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

227. ***Nützliche Schlussfolgerungen aus einem Fall von narbiger Contraction des Larynx.*** *Von* ***W. C. Jarvis.*** *(New-York med. Journ. 1891. 7. Nov. — (Montsschr. f. Ohrenhk. 1892. 1.)*

Ein 60jähriger Mann, der in seinem zwanzigsten Lebensjahre luetisch inficirt worden war, litt an plötzlich auftretenden asthmatischen Anfällen. Seine Sprache war rauh, angestrengt, aber leicht verständlich. Die Epiglottis bot den Anblick von einem kleinen narbegewebigen Stumpf dar. Die Aryknorpel waren nur noch unkenntliche knorpelige Ueberreste ihrer früheren Gestalt und die Rima glottidis war kreisrund und nicht grösser, als der Querdurchmesser eines Streichholzes! Durch eine solche Oeffnung athmete Patient noch über 2 Jahre lang. — Die wiederholten schweren Erstickungsanfälle waren nach Ansicht des Verf. hervorgebracht 1. durch kleine Nahrungspartikelchen, welche in den durch keine Epiglottis geschützten Larynx leicht hinein gelangen konnten, 2. durch einen Spasmus laryngis, der in Folge der besonderen Trockenheit der Larynxschleimhaut entstand, 3. durch herabfliessenden Schleim und 4. durch wiederholte subacute Entzündung der Larynxschleimhaut selber. Um Trockenheit zu verhüten, bekam Patient einen Apparat mit comprimirter Luft, mit Hilfe dessen er sich selbst die verschiedensten fettigen Substanzen in den Larynx brachte. Am besten wirkten Inhalationen von geschmolzenem Vaselin. Ausserdem bekam er natürlich Jodkalium. Auf diese Weise erhielt Verf. den Patienten über 2 Jahre lang in leidlich gutem Zustande, worauf die Symptome sich steigerten und Tracheotomie angerathen wurde. — Verf. hielt die Intubation wegen zu grosser Enge der Glottis für contraindicirt. — Patient liess sich jedoch nicht tracheotomiren und starb bald darauf an einer acuten Gastroenteritis.

228. ***Behandlung diphtherischer Conjunctivitis mittelst continuirlicher antiseptischer Irrigation.*** *Von* ***E. L. Oatman.*** *(Med. Record. 1891. 10. Oct. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 11.)*

In einem Kinderasyl war im Jahre 1885 gleichzeitig eine Epidemie von eiteriger Conjunctivitis und von bösartiger Diphtheritis ausgebrochen. Der Verf. berichtet über den Fall eines 10jährigen Mädchens, welches in der Reconvalescenz von letzterer Krankheit eine Augenentzündung acquirirte, die innerhalb 24 Stunden

einen ausgesprochen diphtherischen Charakter annahm. Die Conjunctiva palpebralis und bulbi war beiderseits mit typischen diphtherischen Membranen infiltrirt und bedeckt, und es hatte sich auch bereits centrale Necrose der Cornea zu entwickeln begonnen. Da der Fall anscheinend hoffnungslos war, so entschloss sich der Verf. zu operativem Eingreifen und führte nach sorgfältiger Reinigung der Augen mit einer gesättigten Borsäurelösung auf beiden Augen die Canthotomie und die Paracentese aus, worauf 4 Tage lang mittelst einer Douchenspritze die Augen sanft, aber continuirlich bespült wurden. Als Irrigationsflüssigkeit diente zunächst eiskalte Borsäurelösung; durch den Lidschnitt war das Umklappen der Lider leicht gemacht. Die gesetzte Wunde wurde vom diphtherischen Process nicht ergriffen und die Pseudomembranen zeigten nach 24stündiger Behandlung Anzeichen der Loslösung; da jedoch die Cornealtrübungen sich etwas vergrössert hatten, so wurde statt der eiskalten eine 100° F. (38° C.) warme Lösung genommen, worauf stetige Besserung folgte: Die Infiltrationen der Cornea lösten sich als oberflächliche Schorfe ab und hinterliessen die Hornhaut klar, wenn auch astigmatisch; auch die Conjunctivalaffection schwand gänzlich. Auch eine Sublimatlösung von 1 : 20.000 kann nach dem Verf. 1—2mal täglich eine halbe Stunde lang angewandt werden; ihre continuirliche Anwendung dagegen würde die Conjunctiva reizen und Hauterytheme hervorbringen. Verf. benützt die Irrigationsmethode in seiner Hospitalthätigkeit in ausgedehnter Weise bei membranöser, gonorrhoischer und eiteriger Conjunctivitis und hat zur Abführung der Flüssigkeit besondere Drains ersonnen.

229. ***Beiträge zur Heilung der metastatischen Pyämie bei Mittelohrerkrankungen.*** *Von Dr. Hecke, Breslau. Vortrag bei der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 7.)*

Im Anschluss an verschiedene günstig verlaufene Fälle metastatischer Pyämie bei Otitiden aus der Hallenser Ohrenklinik (Jahresbericht 1887/88) berichtet *Hecke* über zwei selbst operirte Fälle. Der eine, ein 17jähriger Schüler, war längere Zeit an einer Mittelohrentzündung behandelt worden, wiederholte Paracentesen des Trommelfelles waren nöthig, eine polypöse Wucherung der Paukenschleimhaut wurde mit der Schlinge entfernt, der Rest galvanocaustisch behandelt. Eines Tages stellten sich ein: sehr lange anhaltende Schüttelfröste, Processus mastoideus sehr druckempfindlich, andauerndes hohes Fieber, sehr reichliche Eiterung aus dem Ohr. Aufmeisselung des Processus mastoideus, der überall eiterig durchtränkt war; am 4. Tage nach der Operation Pleuritis sinistra. Am 5. Tage nach plötzlicher Temperatursteigerung bis 42° C. entzündliche Anschwellung des linken Sternoclavicular-Gelenkes; Eröffnung des vereiterten Gelenkes, in den nächsten Tagen noch eine Pleuritis dextra serosa, sowie eine Entzündung des rechten Schultergelenkes. Der Fall endete mit vollständiger Heilung. Der zweite Kranke, 18 Jahre alt, litt an einem chronischen Nasenrachencatarrh und hochgradigem Catarrh der Tuba und Paukenhöhle, spontane sehr reichliche Eiterung; die Perforationsöffnung des Trommelfelles wurde erweitert, trotzdem mehrmalige

Schüttelfröste, worauf Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Nachdem das Fieber nachgelassen hatte, traten in den nächsten Tagen wiederholt Schüttelfröste auf. Anschwellung des rechten Ellenbogengelenkes, Eröffnung desselben; der Inhalt war serös und getrübt und zeigte reichliche Mengen von Streptococcus pyogenes. Nach mehreren kurz andauernden Schüttelfrösten trat auch hier vollständige Heilung ein.

230. **Keratitis marginalis.** *Von Dr. Carl Hoor, Docent in Budapest. (Gyógyászat. 1891. 45. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 102.)*

Blos *Arlt* und *Fuchs* erwähnen in ihren Lehrbüchern diese Erkrankung. Während *Arlt* das Uebel für ein von der Sclera auf die Cornea übergreifendes hält, behauptet *Fuchs*, die Keratitis marginalis wäre eine ganz selbstständige Cornealerkrankung, und hätte er nie Symptome einer Scleritis beobachtet. Auch in der Beschreibung der subjectiven Erscheinungen weichen sie von einander ab; während *Fuchs* der Ansicht ist, die Erkrankung beginne mit geringen Reizungserscheinungen, hebt *Arlt* hervor, sie setze mit intensiver Ciliarinjection und Schmerzen ein. Auch bezüglich der Zugehörigkeit der die Macula bedeckenden Gefässe sind diese Autoren verschiedener Ansicht. *Fuchs* glaubt, der Limbus neige sich mit seinen Blutgefässen auf die Macula, *Arlt* hinwiedler ist der Ueberzeugung, dass neugebildete Blutgefässe die Macuea bedecken. Nur darin stimmen Beide überein, dass an Stell der Infiltration ein grauer, dem Gerontoxon ähnlicher Streifen zurückbleibt. *Hoor* beobachtete diese typische Erkrankung zweimal. Einmal bei einem älteren Collegen, ein zweites Mal bei einem auf seiner Abtheilung liegenden Wachtmeister. Der letztere Fall verlief vom Beginne ab unter seinen Augen und sei derselbe hier kurz mitgetheilt: 44jähriger Mann, leidet an chronischer Conjunctivitis. Am 1. März Touchirung mit 2procentiger Lapislösung. Am folgenden Tage Steigerung der Injection, Zunahme des Secretes. 4. März. Hochgradige Ciliarinjection, Atropin. 5. März. Ad maximum erweiterte Pupille. Knapp am Cornearande, und zwar nach unten und innen, zeigt sich ein nahezu 2 Mm. breites, gräulichgelbes Infiltrat, das, weiterschreitend, stricte der Peripherie der Cornea entsprechend, am nächsten Tage zu einem nahezu die Hälfte der Corneaperipherie einnehmenden Gürtel ward. 8. März. Die Infiltration schreitet rasch vorwärts und nimmt am folgenden Tage nahezu die ganze Peripherie der Cornea ein. 10. März. Am 6. Tage der Erkrankung umfasst die Infiltration ganz die Peripherie, so dass entlang derselben ein nahezu 2 Mm. breiter, gräulichgelber Gürtel sichtbar wird, ähnlich dem Gerontoxon. Schmerzen, Lichtscheu, Ciliarinjection haben sich nicht verringert und doch bleibt die Pupille auf einmalige Atropinisirung ad maximum erweitert. 12. März. Blutgefässe bedecken dicht das Infiltrat und die subjectiven Erscheinungen lassen nach. 16. bis 26. März. Die subjectiven Erscheinungen lassen nach, die vascularisirte marginale Macula wird immer blässer, insoferne die Vascularisation schwindet. Unterdessen nimmt das kreisförmige Infiltrat ein porcellanartiges Aussehen an; die punktförmigen cornealen Infiltrate hingegen resorbiren sich vollständig, ohne dass sie sich verschwärzt hätten. Da die Secretion fortdauert, setzt man die Lapispinselungen

fort. Endlich, vier Wochen nach Beginn der Erkrankung, schwinden nahezu vollkommen die Reizerscheinungen, so dass Pat. am 28. März mit folgendem Status entlassen wurde: Conjunct. cat. chron. Mittelgrosse Pupille. An der Cornea, in unmittelbarer Nachbarschaft des Limbus, ein nahezu 2 Mm. breiter und die ganze Peripherie der Cornea einnehmender porcellanfärbiger Vemiscus. Sonst ist die Cornea intact. Tension des Bulbus normal; während der Dauer der Krankheit war sie etwas weicher. *Hoor* hält demnach die Keratitis marginalis, gleich *Fuchs*, für eine selbstständige Erkrankung. Das kreisförmige marginale Infiltrat bildet sich nie zurück und hellt sich nicht auf nach Art anderer Infiltrate, sondern persistirt stets in einer der Sclera ähnlichen Farbe, gerade so, wie bei solchen Keratiten, die in Gemeinschaft mit Scleritis auftreten. Das Uebel tritt gewöhnlich bei älteren Individuen auf und zumeist an einem Auge. Sein Ursprung ist unbekannt, wiewohl seine mycotische Natur — im Hinblick auf die Fortpflanzungsweise — nicht unmöglich ist.

Dermatologie und Syphilis.

231. ***Ueber einige neuere dermatotherapeutische Heilmittel.*** *Von Dr. Rosenthal. Sitzung d. Dermatolog. Vereines zu Berlin, 5. Januar. (Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 6.)*

Rosenthal hält sein günstiges Urtheil über das Dermatol im Allgemeinen aufrecht. Bei dem Ulcus cruris wirkte es in einigen Fällen gut austrocknend und die Ueberhäutung begünstigend. In anderen Fällen reizt es und verursacht heftige Schmerzen, während Jodoform vertragen wird. Das Jodoform ist auch dem Ulcus molle gegenüber therapeutisch wirksamer. Dermatol ruft nur sehr langsam gute Granulationen hervor. Dagegen ist es von entschieden günstigem Einfluss auf die Heilung ulcerirter Sclerosen. Drei Fälle von multiplen Ulcera mollia und consecutiver Phimose wurden mit Dermatol ausschliesslich behandelt. Bei allen drei Kranken wurde die Circumcision vorgenommen. Trotz Dermatolbehandlung wurden in zwei Fällen die Wundränder inficirt, im dritten, der sich später als ein Fall von Ulcus mixtum herausstellte, trat prompte Heilung ein. Es scheint demnach, als wenn das Dermatol auch einen gewissen differentialdiagnostischen Werth hat. Bei der Therapie der Bubonen verwendet *Rosenthal* zum ersten Verband Jodoformgaze, zu den folgenden Verbänden Dermatolpulver und Dermatolgaze. Das Europhen (Isobutylorthocresoljodid) ist von *Eichhoff* zur Behandlung der Ulcera mollia empfohlen worden. Da das Jod langsam abgespalten werden soll, hat man das Europhen, welches absolut ungiftig sein soll, intern verwendet. *Rosenthal* hat das Europhen bei Ulcus molle versucht. Es wirkt langsamer als das Jodoform, hat jedoch den Vorzug der Geruchlosigkeit. Dem Ulcus cruris gegenüber ist es machtlos. Bei Lupus exulcerans, specifischen Pharynxulcerationen u. s. w. leistet es ungefähr dasselbe, wie das Aristol, d. h. scheint es die Heilung etwas zu begünstigen. Wie das Aristol wirkt auch ungefähr das Gallacetophenon, welches als völlig ungiftig zum Ersatz der Pyrogallus-

säure empfohlen wurde. Das neue Mittel ist entschieden nicht ganz wirkungslos. In ganz leichten Fällen von Psoriasis führt es, wenn auch langsamer als die altbewährten Mittel, zur Heilung.

232. **Weitere Mittheilungen über die mechanische Behandlung des Erysipels.** *Von Prof. Dr. Wölfler. (Mittheil. d. Ver. der Aerzte in Steiermark. 1890.)*

In der Zeit vom Januar 1889 bis Mai 1891 hat Verf. wiederum 16 Erysipele behandelt, welche sämmtlich durch die Anwendung des Heftpflasterstreifens in ihrer Ausbreitung gehemmt wurden. Unter diesen 16 Erysipelen waren 13 des Gesichtes und des Kopfes. Man kann nicht leugnen, dass die Anlegung des Streifens einen unverkennbaren Einfluss auf die Ausbreitung des Erysipels hatte. Bei den Gesichtserysipelen ist man nach *Wölfler* im Stande, vom Tage der mechanischen Begrenzung angefangen, einen typischen Verlauf vorherzusagen. Das Fieber dauerte demnach durchschnittlich noch 4—6 Tage, sodann war der Krankheitsprocess erloschen. Unter den 13 Gesichtserysipelen fand dreimal eine Ausnahme statt, da bei 2 Kranken der Temperaturabfall schon nach dem 2. und 3. Tage eintrat und bei einem Kranken erst am 10. Tage, weil die Lockerung des Halsstreifens übersehen wurde. Es geht aus den mitgetheilten Beobachtungen mit Sicherheit hervor, dass die mechanische Behandlung bei Gesichtsrosen eine viel günstigere Prognose gibt, als bei den Erysipelen der unteren Extremitäten. Bei den letzteren gelingt es nämlich nicht, mit solcher Bestimmtheit die Ausbreitung des Erysipels wie mit einem Schlage zu verhindern. Häufig überschreitet es an der Extremität mehrere Heftpflasterbarrièren, bis es endlich im Kampfe mit dem stärkeren Feinde unterliegt. Da man Aehnliches auch bei der operativen Behandlung des Erysipels, den *Kraske-Riedel*'schen Scarificationen, wahrgenommen hat, so kann der Grund nicht darin gesucht werden, dass etwa durch die Bewegungen der Extremität die Heftpflasterstreifen aus ihrer Lage gebracht werden. Viel näherliegend ist *Wölfler* die Annahme, dass es an den Extremitäten den Streptococcen leichter gelingt, unter dem einschneidenden Streifen hinweg auf dem Wege tiefer liegender, durch die Muskeln gehender Bahnen vorzudringen, um jenseits des Streifens wieder an der Haut zum Vorschein zu kommen. Eine solche Ausserachtlassung der gesetzten künstlichen Grenzen ist im Gesichte nicht so leicht möglich, weil die Haut fast allenthalben gegen den Knochen angedrückt werden kann, und auch am Halse wird die mechanische Behandlung dadurch unterstützt, dass die Insertionen der Fascien und Muskeln am Zungenbein und Kehlkopf natürliche Hemmungen für die Ausbreitung abgeben. Ueber den Zeitpunkt für die Entfernung des Heftpflasterstreifens hat die Erfahrung Folgendes ergeben: Sehr leicht findet man sich mitunter veranlasst, denselben zu früh zu entfernen. Es rächt sich dies oft sehr schwer, indem das Erysipel wieder aufflackert. Für gewöhnlich nimmt man an, dass diese Streifen dann ohne Schaden beseitigt werden können, wenn die Röthung vollkommen geschwunden ist und die Kranken schon 2—3 Tage fieberfrei waren. Man thut besser daran, mindestens 4—5 Tage nach dem Erlöschen des Fiebers und dem Verschwinden der Röthung mit dem Abnehmen der Streifen zu warten.

233. ***Ueber Gonorrhoea rectalis.*** *Von Franz Frisch. Aus der Klinik für Syphilis etc. zu Würzburg. (Verhandl. d. phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXV. Nr. 6. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1891. 52.)*

Der von *Frisch* ausführlich mitgetheilte Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, welches gleichzeitig an einem Harnröhrentripper litt und das in der letzten Zeit mehrfach den Coitus per rectum gestattet hatte. Es bestanden heftige brennende Schmerzen im Mastdarm, die sich beim Stuhlgang unerträglich steigerten, und ein Eczem um die Analöffnung: das aus dem After fliessende Secret enthielt reichlich theils in Eiterzellen eingeschlossene, theils freie Gonococcen. Bei der Untersuchung mit dem Speculum zeigte sich die Mastdarmschleimhaut stark geröthet, gewulstet und mit Eiter bedeckt; etwa 4 Cm. oberhalb der Analöffnung fand sich ein ziemlich oberflächlicher, unregelmässiger Substanzverlust, welcher sich in der Folge bis auf circa 6 Cm. im Durchmesser vergrösserte. Eine 6 Monate fortgesetzte Behandlung mit Sitzbädern, Ausspülungen, Einlegen von Watte, vermochte nicht die Rectalgonorrhoe zu beseitigen; dieselbe war auch noch nicht geheilt, als die Patientin 7 Monate später einer acuten Phthisis pulmonum erlag. — Die histologische Untersuchung der theils intra vitam, theils post mortem excidirten Schleimhautstückchen zeigte an den kranken Partien Fetzen des Cylinderepithels, theilweisen Verlust der *Lieberkühn*'schen Drüsen, von den Rändern der geschwürigen Stellen aus atypische Drüsenwucherung mit Bindegewebsneubildung. Eine sehr starke Infiltration mit vorwiegend kleinen, einkernigen Rundzellen erstreckte sich bis in die Tunica muscularis des Rectums; dagegen ging die Einwanderung der theils in polynucleären Rundzellen eingeschlossenen, theils freien Gonococcen nicht über die oberen Schichten der Mucosa bis zu deren Muscularis herab hinaus. Auch war ihr Vorkommen auf die Cylinderepithel tragenden Schleimhautpartien beschränkt, während die Rundzelleninfiltration bis in die Gegend des Sphincter externus herabreichte. — *Frisch* spricht die Vermuthung aus, dass die vorzugsweise bei Weibern vorkommenden Mastdarmgeschwüre dunkler Herkunft, welche meist der Syphilis zugeschrieben werden, öfter von einer Rectalgonorrhoe herrühren dürften.

234. ***Epithelioma folliculare cutis.*** *Von Dr. Oskar Israel. Aus der Festschrift R. Virchow's zu seinem 70. Geburtstage. Berlin 1891. (Berlin. klin. Wochenschr. 1892. 5.)*

Unter diesem Namen beschreibt der Verf. drei ziemlich grosse Geschwülste, die leicht zu Verwechslung mit Carcinomen führen könnten, wenn nicht ihr langsames Wachsthum, das Fehlen jeder Ulceration, z. Th. auch das Alter (der erste Fall betrifft ein Kind von zwei Jahren), von vorneherein dagegen spräche. Die Geschwülste haben das Gemeinsame, dass sie in ihrem histologischen Bau eine grosse Aehnlichkeit mit dem sogenannten Molluscum contagiosum erkennen lassen, dass sie nur an Stellen gefunden werden, an denen sich normaler Weise Haare befinden und dass ihr Ursprung mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Haarfollikel zurückzuführen ist. Der Unterschied besteht hauptsächlich in dem Sitz weiter oben oder tiefer in der Haut. Auch für das Molluscum

contagiosum weist der Verf. den Ursprung aus den Haarfollikeln nach und wendet sich gleichzeitig gegen *Neisser*, indem er mit *Török* und *Tommasoli* ganz entschieden für die nicht parasitäre Natur der „Molluscumkörperchen" eintritt.

235. ***Behandlung der Cystitis mit Sublimat.*** *Von Dr. Guyon. (Annal. des malad. de org. gen.-ur. X. 1. — München. med. Wochenschr. 1892. 5.)*

Nach *Guyon* ist das Sublimat ein vortreffliches Mittel zur Behandlung schwerer Cystitisfälle. Ganz besonders bewährt hat es sich bei der Blasentuberculose. Es ist das um so mehr bemerkenswerth, als *Guyon* bei derselben schon alle möglichen anderen Mittel ohne Erfolg versucht und deshalb von einer Localbehandlung in solchen Fällen schon ganz Abstand genommen hatte. Von 10 mit Sublimat behandelten tuberculösen Cystitiden wurden 5 ganz erheblich gebessert und von diesen zwei so sehr, dass man die Erkrankung fast für geheilt halten konnte. Auch bei anderen Cystitisformen hat sich die Sublimatbehandlung als ausserordentlich wirksam erwiesen, selbst bei schon lange Jahre bestehender Erkrankung. Was die Art der Behandlung anbetrifft, so kann man das Sublimat entweder in Form von Ausspülungen oder in Form von Instillationen anwenden. *Guyon* muss sich nach seinen Erfahrungen mehr zu Gunsten der Sublimatinstillationen aussprechen. Die Concentration der Sublimatlösung schwankt zwischen 1 : 5000 und 1 : 1000. Im Anfang instillire man mit einer kleinen Spritze immer nur 20—30 Tropfen, und zwar in die Pars posterior urethrae — bei jeder Cystitis ist eine Urethritis posterior vorhanden — und steige allmälig bis auf 4 Grm. Je stärker der Schmerz ist, desto geringer muss die Menge der instillirten Flüssigkeit sein. Selbstverständlich muss die Blase vor einer jeden Instillation entleert werden. Bei der blennorrhagischen Cystitis hat *Guyon* auch sehr gute Erfolge von den Argentum nitricum-Instillationen gesehen (1—5 : 100).

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

236. ***Ueber das Vorkommen von Bacterien in den Nieren bei acuten Infectionskrankheiten.*** *Von Prof. Dr. E. Faulhaber. Aus dem pathol. Institut in Wien (Weichselbaum). (Beitr. zur path. Anat. u. allg. Path. X. 2 u. 3. — Schmidt's Jahrb. 1891. 9.)*

Wie oft bei acuten Infectionskrankheiten nephritische Symptome sich einstellen, ist bekannt. Unentschieden aber ist, ob die pathologisch-anatomisch zu Grunde liegenden Veränderungen durch die specifischen Infectionserreger oder durch eine Doppelinvasion, oder durch Stoffwechselproducte von Bacterien oder etwas Anderes bedingt werden. Durch *Weichselbaum* angeregt, stellte Verf. darüber höchst werthvolle eingehende Untersuchungen an. Er bewies zuerst, dass bei den acuten Infectionskrankheiten die den allgemeinen Process oder eine Complication desselben bedingenden Bacterien auch in den Nieren vorkommen, da er in allen 53 von ihm ge-

prüften Fällen die betreffenden Bacterien mikroskopisch und in 38 Fällen auch durch die Cultur auffinden konnte. Negativ war das Culturverfahren nur in 13 Fällen, in denen es sich um den Diplococcus pneumoniae handelte, in einem Falle, in dem der Bacillus pneumoniae sich fand, und in einem Falle, in dem geringe Mengen von Streptococcen vorhanden waren. Zumeist war also der negative Ausfall des Culturverfahrens dem Diplococcus pneumoniae zuzuschreiben. Bei der Kurzlebigkeit des Coccus und seiner schweren Cultivirbarkeit nimmt dies nicht Wunder. 23mal wurden die Bacterien in sehr grosser Menge, 14mal in mittlerer, 16mal in geringerer Anzahl gefunden, und zwar waren es: der Diplococcus pneumoniae, der Bacillus pneumoniae *(Friedländer)*, der Bacillus typhi und der Streptococcus. Was die Vertheilung der Bacterien betraf, so fanden sie sich besonders in den Capillaren, in Knäuelschlingen (mit Ausnahme der Typhusbacillen) und in sonstigen Gefässen; innerhalb der Rundzellenherde (Bacillus typhi exceptis) zerstreut und einzeln liegend, dichter in den von den Rundzellen umgebenen Knäueln und Gefässen. In einzelnen Fällen liess sich ein förmliches Hineinwuchern der Bacterien (Bacillus pneumoniae) aus den Gefässen in die Rundzellenwälle beobachten. Auch im Kapselraume und in den Harncanälchen fanden sich die Bacterien sehr häufig. Die Veränderungen in den Nieren waren kurz zusammengefasst folgende: Leichtere oder stärkere Desquamation des Glomerulusepithels, Ansammlung von dichten feinkörnigen Massen, rothen und weissen Blutkörperchen und necrotischen Zellen im Kapselraume; in 3 Fällen hyaline Degeneration der Knäuelschlingen; die Epithelien der gewundenen Canälchen stark angeschwollen und getrübt, in vielen Fällen mehr oder weniger fettig entartet oder sogar necrotisch. In den schweren Fällen auch die Epithelien der *Henle*'schen Schleifen und der geraden Canälchen in der angegebenen Weise mehr oder weniger verändert. Im Lumen der gewundenen Canälchen waren bald nur feinkörnige Massen und abgestossene Epithelien, bald rothe Blutkörperchen und Leucocyten wahrzunehmen, während im Lumen der Schleifen und geraden Canälchen nach der Intensität des Falles bald nur hyaline, bald schon Epithel-, granulirte, Blut- oder Fetttröpfchencylinder häufig enthalten waren. Die Frage, ob sämmtliche oder nur ein Theil der anatomischen Veränderungen auf die nachgewiesenen Bacterien bezogen werden können, ist nach Verf. eine sehr schwierige. Desquamation, trübe Schwellung, fettige Degeneration und Necrose der Epithelien, hyaline Entartung der Gefässwände, Cylinderbildung in den Harncanälchen u. s. w. treten auch bei Intoxicationen ein. Es ist deshalb nicht angezeigt, diese Erscheinungen auf Rechnung der vorhandenen Bacterien zu setzen, zumal nicht immer eine Congruenz zwischen der Intensität der Veränderungen und der Menge der Bacterien bestand. Dagegen bringt Verf. die entzündlichen Erscheinungen: Anhäufung von Leucocyten in den Gefässen, Austritt von rothen und weissen Blutkörperchen oder flüssigen Exsudates in den Kapselraum der Glomeruli und in den Harncanälchen, endlich die Bildung von interstitiellen Rundzellenherden, in directe Abhängigkeit von den Bacterien. *Ribbert* huldigt einer ähnlichen Anschauung. 46mal fand übrigens Verf. die Bacterien in den Harn-

canälchen. Dass der Nachweis im Harn nicht immer gelingt, erklärt er mit der Verwendung zu kleiner Quantitäten von Harn oder durch dessen bacterientödtende Eigenschaften.

237. ***Der Uebergang des Alkohols in die Milch.*** *Von Dr. F. Klingemann. (Virchow's Arch. Bd. CXXVI, Heft 1.)*

Der Uebergang des innerlich genommenen Alkoholes in die Brustdrüsen wird theils in Abrede gestellt, theils aber behauptet, letzteres entweder mit Rücksicht auf klinische Erfahrungen oder gestützt auf experimentellem Nachweise, bei welchen aber die zur Anwendung gekommenen Methoden nicht einwurfsfrei sind. Dr. *Klingemann* nahm diesbezügliche Untersuchungen neuerdings auf. Die von *Klingemann* zum Nachweis des Alkohols gebrauchten Methoden waren: Die Jodoformreaction, Bestimmung des specifischen Gewichtes, Chromsäurereaction und Bestimmung der Tension des Dampfes der Lösung. Die Vorversuche ergaben, dass man im Stande war, von 0·3—1 Procent Alkohol in der Milch 70—80 Procent wieder zu erhalten, von 0·1 Procent noch immer die Hälfte. Nunmehr wurden einer Ziege 25 Ccm. Alkohol mit 25 Ccm. Wasser verdünnt gegeben, 8 Stunden später wurde die Ziege gemolken und 100 Ccm. der Milch auf Alkohol mit negativem Erfolge untersucht. Erst nach Verabreichung von 100 Ccm. Alkohol in 150 Ccm. Wasser konnten 16 Stunden später aus 10 Ccm. Destillat (aus 650 Ccm Milch) 2·8 Procent Alkohol nachgewiesen werden, in der nach weiteren 7 Stunden gemolkenen Milch aber kein Alkohol mehr. Aehnlich waren die Ergebnisse bei Verabreichung noch grösserer Alkoholmengen. Versuche, die an Frauen mit Schaumwein angestellt wurden, am 3. und 4. Tage nach der Entbindung und mit starkem Portwein und in der Weise, dass die Milch in den auf die Verabreichung folgenden 20—24 Stunden 4—6mal auf Alkohol untersucht wurde, ergaben insgesammt negative Resultate. Die positiven Ergebnisse bei der Ziege kamen immer nur vor, wenn schon toxisch wirkende Dosen gegeben worden waren, dabei betrug die gefundene Alkoholmenge höchstens $^1/_2$ Procent der aufgenommenen Menge. Beim Menschen dürften geringe, für den Säugling unschädliche Mengen bei Aufnahme grosser Quantitäten in die Milch übergehen, aber es ist wahrscheinlich *(Rumpf)*, dass das Verhältniss des Eiweiss zum Fett eine Veränderung erleidet, die wohl den Nährwerth der Milch herabdrücken mag.

238. ***Zur Kenntniss der Fettwachsbildung.*** *Von Prof. E. Salkowski. Aus der Festschrift: R. Virchow zu seinem 70. Geburtstage. Berlin 1891. (Berlin klin. Wochenschr. 1892. 5.)*

Verf. wurde zu seinen Untersuchungen über diese noch immer nicht ganz abgeschlossene Frage durch eine zufällig gemachte Beobachtung veranlasst. Eine Quantität von lange Zeit — etwa 3 Jahre — aufbewahrt gebliebener Butter zeigt sich in eine feste, auf dem Durchschnitt krystallinische Masse umgewandelt. Die nähere Untersuchung ergab, dass diese nur zu etwa $^1/_5$ aus Neutralfett, zu $^4/_5$ dagegen aus freien Fettsäuren bestand; das aus dem Fett durch die Spaltung entstandene Glycerin war verschwunden und ebenso die Oelsäure, welche fast $^1/_3$ der Fettsäure des Butterfettes ausmacht. Auch flüchtige Fettsäure (Buttersäure) war nicht mehr nachweisbar. Das Butterfett war somit in eine Art Adipocire

übergegangen, als dessen Charakteristica anzusehen sind, dass es nicht aus Fett, sondern aus Fettsäuren besteht, dass diese Fettsäuren fast ausschliesslich feste sind, die Oelsäure darin fehlt, welche sonst mehr als 90 Procent der Fettsäuren des menschlichen Fettes bildet und dass es kein Glycerin enthält. Die Richtigkeit dieser Anschauung wurde durch die Untersuchung von Adipocireproben bestätigt. — Da die Buttermasse mit Schimmelpilzen bedeckt war, so untersuchte Verf., ob etwa Schimmelpilze verschiedener Art im Stande sind, Fette zu spalten. Er gelangte zu dem Resultate, dass sie dieses zwar vermögen, aber nur in beschränktem Grade. Da ausserdem aber die Schimmelpilze nur an der Oberfläche der Masse hafteten und nirgends in die Tiefe drangen, so hielt Verf. es für wahrscheinlich, dass die Schimmelpilze an dieser Umwandlung nicht betheiligt sind. Auch Bacterienwirkung ist auszuschliessen, da das Innere der Buttermasse steril gefunden wurde. Verf. citirt weiterhin aus der Literatur eine Anzahl unbeachtet gebliebener Beobachtungen einer analogen Umwandlung von Fetten unter Verhältnissen, in denen von der Wirkung von Mikroorganismen nicht die Rede sein kann. Verf. hat auch selbst an 2 Oelsäureproben die allmälige Umwandlung in feste Fettsäuren beobachtet. Nach alledem gelangt Verf. zu dem allgemeinen Satze, dass die Fette labile Körper sind, die sich allmälig spontan spalten unter Oxydation des Glycerins und Umwandlung der Oelsäure in feste Fettsäuren. — Was die Frage der Leichenwachsbildung beim Menschen betrifft, so schliesst sich Verf. der Anschauung von *Virchow* an, dass im Allgemeinen das Fettwachs aus dem Eiweiss der Gewebe hervorgeht, er meint aber, dass auch das präformirte Fett in Fettwachs übergehen könne, was *Wetherill* fälschlich für den regelmässigen Vorgang angesehen hat. Bestimmte Beweise für die Möglichkeit dieses letzten Vorganges lagen bisher nicht vor, sie sind durch die Beobachtungen des Verf. an dem Butterfett geliefert.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

239. ***Die Quecksilbervergiftung bei der Filzhutfabrication.*** *Von Dr. Engelhorn, Oberamtsarzt in Göppingen. (Württemb. med. Correspondenzbl. 1890. 6. Nov. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 6.)*

Die zahlreichen Erkrankungen der Filzerinnen der Göppinger Hutfabrik an Hg-Intoxication veranlassten die Einführung folgender Vorsichtsmassregeln: 1. In den Arbeitsräumen müssen Gefässe mit Wasser zum Verdunsten aufgestellt werden. 2. Das Local sollte möglichst nicht über 12° Réaumur haben und stets gut gelüftet werden. 3. Die Arbeiterinnen müssen eigene Arbeitskleider aus glattem Stoff tragen und diese dürfen nur im Arbeitsraum gewechselt werden. 4. Der Genuss von Speisen und Getränken im Arbeitsraum soll vermieden werden und die Hände sind vor jeder Mahlzeit zu waschen. 5. Die Haare sollen mit sehr engen Kämmen gekämmt werden. 6. Zum Oeftern den Mund ausspülen mit einer Lösung von 500 Grm. Wasser und 1 Grm. chlorsaurem Kali. 7. Alle acht Tage ein Schwefelbad nehmen und alle vierzehn Tage den Haarboden gut mit Eiweiss waschen. 8. Das Tragen von

Kopftüchern ist sehr zu empfehlen. Bei der nach einem halben Jahre vorgenommenen Visitation zeigten sich von 20 Filzerinnen 12 erkrankt; davon waren aber 7 seit Einführung der neuen Massregeln im Zustande der Genesung; eine früher Erkrankte hat keinen Rückfall erlitten und bei 2 Neuerkrankten ist die Krankheit sehr leicht aufgetreten. Nur zwei schwere Fälle spotten jeder Therapie. — Die Thatsache, dass nur die Filzerinnen erkranken, „beweist mit der Sicherheit eines Experimentes, dass die Einathmung der Quecksilberdämpfe der hauptsächlichste Weg ist, auf dem das Gift in den Körper gelangt“. Die wirksamsten Schutzmassregeln sind daher die Ventilation und die kühle Temperatur des Arbeitsraumes. Andere Wege der Hg-Aufnahme sind möglich, fallen aber weniger in Betracht. Das „Schwefelbad“ möchte *Engelhorn* aus der Vorschrift entfernt sehen, da der Schwefelzusatz die Abneigung der Arbeiterinnen gegen das Baden vermehrt.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

240. *Die Berufskrankheiten des Eisenbahnpersonales.*

Von Dr. E. Lewy.

(Original-Mittheilung.)

In Bezug auf die Beschäftigung und deren Einfluss auf die Gesundheit hat man bei den Bediensteten der Eisenbahnen drei wesentlich verschiedene Gruppen zu unterscheiden. Erstens jene, welche sich beinahe ausschliesslich mit dem Bureaudienste befasst, zweitens jene, welche sich vorwiegend mit dem Verkehrsdienste beschäftigt und drittens das Eisenbahnbaupersonale.

Bei der ersten Gruppe wird während der Bureaustunden der Körper zumeist in sitzender Position erhalten, die an und für sich wohl eine naturgemässe ist und, kurze Zeit eingenommen, keine nachtheiligen Folgen mit sich führt, auf die Dauer aber durch Störung der Statik der körperlichen Functionen Krankheitsanlagen producirt, Krankheitsformen entwickelt.

Beim Sitzen werden nämlich die Wirbelsäule gegen die Oberschenkel geneigt und die Bauchmuskeln zusammengezogen, hierdurch die Unterleibsorgane einem übermässigen Drucke ausgesetzt und auch die regelmässige Thätigkeit, der Kreislauf und Athmungsorgane, in ungünstigem Sinne beeinflusst. Hierdurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an Lungentuberculose zu erkranken, in erheblichem Masse und sehen wir, dass dieses Leiden viel häufiger bei jenen vorkommt, die in schlecht gelüfteten Räumen ununterbrochen hinter dem Schreibtische sitzen, als dort, wo die Beschäftigungsart zeitweise einen Wechsel der Körperstellung und Aufenthalt in freier Luft gestattet. Ferner treten Stauungen des Blutes im Pfortadersystem auf, welche sehr bald krankhafte Veränderungen des Magens und der Leber zur Folge haben. Aber auch das Centralnervensystem wird in Mitleidenschaft gezogen und findet man unter den Eisenbahnbediensteten dieser Kategorie nicht wenig

Gemüthskranke, die meist der Classe der Hypochonder angehören. Zur Verhütung des Entstehens dieser Zustände empfiehlt sich:

1. So oft es nur immer thunlich ist, die sitzende Position mit einer anderen Körperstellung zu vertauschen, indem z. B. in jedem Bureau die Pulte in drei verschiedene Kategorien angeordnet werden; nämlich als Sitzpulte mit gewöhnlichen Sesseln, Sitzpulte mit hohen Drehstühlen nebst Stehpult und gestattet sei, im regelmässigen Turnus die Arbeit abwechselnd von einem Pult auf den anderen zu übertragen, so dass ein Drittel der Arbeitszeit in zwei verschiedene Sitzpositionen und in der aufrechten Stellung verbracht werden könnte.

2. Aufrechte Haltung des Körpers und des Kopfes während der Arbeit, um dem Entstehen von Rückgratsverkrümmungen und Kurzsichtigkeit entgegen zu wirken.

3. Die Sessel sollen nicht mit hohen Rücklehnen und weichen, warmen Polstern, sondern nur mit Sitzen von geflochtenem Rohre oder durchlochten Fournieren und Kreuzlehnen ausgerüstet werden.

4. Während der Bureaustunden wäre, um den Blutumlauf zu erleichtern, enganliegende Kleidung zu vermeiden, so zu enge Halsbinden, Halskragen, Leibriemen, Strumpfbänder und Gummizüge in den Schuhen.

5. Für die Freistunden empfehlen sich Reit- und Fusspartien, Gartenarbeit und Turnen.

6. Die Diät sei nahrhaft und leicht verdaulich.

7. Man nehme mindestens jede Woche ein Reinigungsbad in lauem Wasser.

8. Die Bureaulocalitäten seien stets rein gehalten, gut ventilirt, staub- und rauchfrei.

Das Zugsförderungs- und Zugsbegleitungspersonal wird es sein, aus dem sich hauptsächlich die zweite Gruppe, jene des Verkehrsdienstes zusammensetzt. In Folge ihrer Lebens- und Beschäftigungsweise gehören die Bedingungen für Gesundheitsstörungen und demnach auch die hieraus resultirenden Erkrankungen hier ganz anderen Kategorien an. Es sind zu beachten der schneidige Luftzug und häufige Temperaturwechsel, die fortwährende Erschütterung des Körpers während der durch die Fahrzeit andauernden aufrechten Körperstellung bei bedeutender Anstrengung der Seh- und Gehörorgane. Was die Wärme des Heizapparates betrifft, von welcher das Locomotivpersonal getroffen wird, so schwankte bei den auf fünf Locomotiven angestellten Wärmemessungen die einen halben Meter vom hinteren Kesselumfange entfernte Quecksilbersäule je nach dem Einflusse des Windes zwischen 24·5° R. und 30·5° R., während die Wärme der atmosphärischen Luft 16° R. im Schatten betrug. Eine belästigende Wärmestrahlung verbreitet sich bei jeder Oeffnung der Feuerthür. Wichtig ist der Umstand, dass den Körper oft sehr ungleiche Temperaturgrade treffen. Während die Erhitzung der unteren Körperhälfte, namentlich der Fusssohlen, unerträglich werden kann, wird der obere Theil des Körpers ebenso oft dem abkühlenden Winde ausgesetzt.

Hieraus ergibt sich die Häufigkeit der Rheumatismen, und wenn wir erwägen, dass dem Feuerkasten der Locomotive Kohlensäure, Kohlenoxyd und Stickstoff fortdauernd entströmen und von

dem Fahrpersonale eingeathmet werden, so ist die häufige Entstehung von Catarrhen der Luftwege leicht erklärt. Doch sind auch Erkrankungen der Verdauungsorgane nicht selten, da aus Dienstesrücksichten die Mahlzeiten in sehr ungleichen Zwischenräumen oder in Stationen eingenommen werden müssen, in welchen die Qualität der Speisen und Getränke gar Manches zu wünschen übrig lässt. — Als Folgen des andauernden Stehens entwickeln sich Krampfadern der unteren Extremitäten. Der steten Erschütterung werden verschiedenartige nervöse Störungen zugeschrieben, welche zumeist vom Rückenmarke ihren Ausgangspunkt nehmen. — Da durch ein gehörkrankes Locomotivpersonal die Sicherheit des Betriebes gefährdet wird, so ist die Häufigkeit der Gehörleiden eine gewiss beachtenswerthe Thatsache. Von 160 Locomotivführern und Heizern der niederschlesisch-märkischen Bahn wurden 25 Procent, unter 108 Locomotivführern der Berlin-Anhaltischen Bahn 20 Procent und bei ungarischen Bahnen von 250 Untersuchten 92, das ist 36·8 Procent schwerhörig befunden.

Die Farbenblindheit ist wohl keine eigentliche Berufskrankheit, d. h. kein Leiden, das durch Vollführung der Dienstespflicht erworben wird, sondern eine angeborene Anomalie, aber von solcher Wichtigkeit für den Eisenbahndienst, dass sie nicht unerwähnt bleiben kann. Farbenblinde sind nicht in der Lage, optische Signale richtig zu erkennen, und vom executiven Eisenbahndienste auszuschliessen. Dr. *Gintel*, Centralinspector der Lemberg-Czernowitzer Bahn, behauptet nach einer im Jahre 1878 eingeleiteten Enquête, die sich auf 40.000 Eisenbahnbedienstete erstreckte, dass die Zahl der Farbenblinden zwischen 0·06 Procent (Rudolfsbahn) und 2·1 Procent (Berlin-Hamburger-Bahn) schwankte. Doch sind diese Angaben viel bestritten. Die Augenärzte, Professor Dr. *Reuss* und *Donders*, gaben die Zahl der Farbenblinden auf 3 Procent an. Die neuesten Studien über Farbenblindheit sind von *Worms*, welcher 11.173 Bedienstete der französischen Nordbahn untersuchte und unter diesen 95 Farbenblinde fand Von diesen waren 23 im Dienste der Züge selbst beschäftigt und 6 als Locomotivführer oder Heizer thätig. Ein sehr klares Bild über die Verhältnisse der Erkrankungen bei den einzelnen Kategorien des Bahnpersonales entnehmen wir der Zeitung des Vereines deutscher Eisenbahnverwaltungen, wonach im Jahre 1886 bei fast 109.000 Beamten 55.062 Erkrankungen vorkamen; es erkrankten also 51 Procent, und zwar:

Von dem	Zugsförderungspersonale	89	Procent
„ „	Zugsbegleitungspersonale	66	„
„ „	Bahnbewachungspersonale	42	„
„ den	Stationsbeamten	36	„
„ „	Angestellten des niederen Dienstes	56	„
„ „	Weichenwärtern	53	„
„ „	Bureaubeamten	26	„

Es starben 1·15 Procent des Gesammtpersonales.

Eine specielle Würdigung verdienen die chirurgischen Krankheiten (Verletzungen) der Eisenbahnbediensteten. Die Veranlassungen sind Eisenbahnunfälle, die sich bei der Beladung und Entladung der Wagen, bei Wagenverschiebungen oder während der Fahrt der Züge ereignen. Ersteren sind besonders die Packer und Magazins-

arbeiter ausgesetzt, letzteren die Maschinenführer und die Heizer, welche überdies durch das Entweichen von Dampf in Folge des schlechten Zustandes der Maschine, dann bei Zusammenstössen und Entgleisungen gefährliche Verbrennungen erleiden. Nebst ihnen sind es noch Bremser, Schaffner und sonstiges Zugspersonal, welche von den Unglücksfällen während der Fahrt betroffen werden. Nach den Angaben von *Leut* über rheinische Bahnbedienstete wurden verletzt von Heizern 11 Procent, von Locomotivführern 9·6 Procent, von den Zugsführern 9·2 Procent, von den Schaffnern 11·1 Procent.

Zur Erklärung des Charakters und der Schwere der gesetzten Verletzungen können wir uns nicht versagen, nachstehende Schilderung *Tourde's* wiederzugebeben: „Wir stehen hier der Maximalwirkung von Druckkraft gegenüber, die sich aus der Combination gewaltig bewegender Schnelligkeit und gewaltiger bewegter Massen zusammensetzt. Die vollständig ausgerüstete Locomotive sammt Tender repräsentirt ein Gewicht von 16–64 Tonnen, die Waggons von 6—13.000 Kgrm., die mit einer Geschwindigkeit von 20—80 Km. pro Stunde, das ist 5—22 M. pro Secunde, also mit einer Schnelligkeit sich bewegen, die der eines heftigen Windes entspricht. Die Verletzungen, die den Tod zur Folge haben, lassen sich folgendermassen unterscheiden: Pufferwirkung: Der Stationsarbeiter kann während des Rangirens der Züge zwischen zwei Wagen genommen und durch die aufeinanderstossenden Puffer erdrückt werden.

Wirkung von Ueberfahrenwerden auf dem Schienenstrange; Sturzwirkung, Wirkung von Zusammenstössen von Zügen: Hier haben alle Verletzungen den Charakter intensivster Stosswirkung mit gleichzeitiger Erschütterung von Gehirn oder Rückenmark. So ist bei einem beschleunigten Zuge mit einer Schnelligkeit 11·11 M. der Eindruck auf den Betroffenen derselbe, als wäre er etwa vom 2. Stock herabgefallen; bei einer Schnelligkeit von 13·88 M. in der Secunde wären die Folgen etwa wie die eines Sturzes von einer Höhe von 9·82 M. (ungefähr 3. Stock). Der Expresszug endlich, der eine Strecke von 16·16 M. in der Secunde zurücklegt, würde bei einem Zusammenstosse denselben Einfluss ausüben, wie der Sturz aus einer Höhe von über 14 M., also aus dem 4. Stocke, mit Abzug der leichten durch die Reibung gesetzten Abschwächung. Die nach Zusammenstössen von Eisenbahnzügen zur Entwicklung kommenden Krankheitssymptome wurden mit dem treffenden Namen: „Railway-spine“ zusammengefasst.

(Schluss folgt.)

Literatur.

241. ***Moderne Chemie.*** *Zwölf Vorträge von Aerzten gehalten. Von Dr.* **Lassar-Cohn**, *Privatdocent für Chemie an der Universität Königsberg. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss, 1891.*

Die vorliegenden Vorträge hatten den Zweck, Aerzte mit dem gegenwärtigen Stande der für sie wichtigen Theorien der modernen Chemie bekannt zu machen. Nicht nur die chemischen Vorgänge im Organismus, also die Lehre vom Stoffwechsel, von der Ernährung, Athmung, Assimilation und Ausscheidung erscheint uns erst dann im richtigen Lichte,

wenn uns die chemischen Grundlehren geläufig sind, die zum Verständniss dieser Vorgänge führen, sondern die ganze grosse Anzahl der modernen Fiebermittel und Anästhetica sind dem Gebiete der organischen synthetischen Chemie entnommen. Beinahe wöchentlich werden neue, nach bestimmten Grundsätzen aufgebaute chemische Körper als neue Heilmittel angerühmt; räumt man nun der Empirie auch bei diesen zum Theil von industriellen Zielen geleiteten Heilversuchen eine gewisse Berechtigung ein, so ist es doch von grösstem Werthe, wenn der Arzt die Fähigkeit besitzt, aus dem chemischen Aufbau eines solchen Arzneimittels von vorneherein auf dessen therapeutische Verwendbarkeit Schlüsse ziehen zu können und bei jedem neuen Mittel die Richtung zu beurtheilen vermag, in welcher „das Neue“ dem Organismus schädlich oder nützlich werden kann. *Lassar-Cohn* steuert dem Ziele, den Arzt, von den Elementen der Chemie ausgehend, in den Besitz der für ihn nöthigen Kenntnisse zu bringen, auf dem kürzesten Wege zu, dabei ist die Darstellung durch den steten Hinweis auf jene Stoffe, welche physiologisches und pharmakologisches Interesse darbieten, stets eine anregende, so dass in dieser Beziehung das cito et iucunde vollkommen erreicht ist. Wie oft hörten wir nicht von Aerzten den Wunsch nach einer chemischen Anleitung, wie sie hier nach Form und Inhalt vorliegt, aussprechen. Wir sind auch demgemäss überzeugt, dass die vorliegenden Vorträge in der Bücherei keines gebildeten Arztes fehlen werden. *Loebisch.*

242. ***Grundlagen, Aufgaben und Grenzen der Therapie. Nebst einem Anhange: Kritik des Koch'schen Verfahrens.*** *Von Dr. **O. Rosenbach**, a. o. Professor an der Universität und Primararzt der med. Abtheilung des Hospitales zu Allerheiligen in Breslau. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 1891.*

Ein Kliniker von origineller Auffassung und scharfsinnigem Bedachte spricht aus dem vorliegenden Buche, das, unbeirrt von der gerade in der Gegenwart so häufig erscheinenden und so rasch wieder verflüchtigenden therapeutischen Dissolving views, ein dauerndes Bild zu entwerfen bestrebt ist von dem, was Wissenschaft und Praxis von der Therapie zu fordern berechtigt sind. Ausgehend von der klinischen Beobachtung, welche Verf. mit Recht als „Herrscherin“ bezeichnet, während ihm alle anderen Methoden nur „Behelfe“ sind, kämpft derselbe mit scharfer kritischer Waffe für die Emancipation der klinischen Forschung von dem dominirenden Einflusse des Experimentes, dessen Bedeutung er keineswegs unterschätzt, das er aber nicht, wie manche moderne Anschauung der Jüngstzeit, als allein giltige reale Basis aller Schlüsse gelten lassen will. Man müsse sich der Grenzen dieser Forschungsmethode bewusst bleiben und dürfe sich keinesfalls der Ueberzeugung hingeben, dass die Versuchsbedingungen beim Experimente nur im Entferntesten die langsamen, allmäligen Veränderungen, welche die als Krankheit bezeichnete Functionsstörung mit sich führt, nachahmen können. In weiterer, sachlich polemischer, aber stets von der Beobachtung eines grossen Krankenmateriales ausblickender Darstellung sucht Verf. seine Anschauung der Vorgänge im kranken Organismus für Festsetzung der therapeutischen Ziele zu verwerthen. Das „Symptom“ ist ihm nicht die Aeusserung eines teleologischen Heilungsbestrebens, sondern nur eine nach aussen sichtbar gewordene Erscheinungsform eines uns noch nicht völlig bekannten molecular-chemischen Processes, ein Zeichen erhöhter oder verminderter innerer Arbeit der Gewebe unter gewissen abnormen Einwirkungen, seien

es Mikrobien oder sonstige Noxen. Als Aufgabe der neuen Diagnostik wird bezeichnet, die Natur dieser intermolecularen chemischen Vorgänge aufzudecken, die erst später zu Volumsveränderungen der Substanz, d. h. zu einer Vermehrung der Zwischensubstanz zwischen den Trägern des Lebens, den „lebenden Molecülen" führt; sie muss die veränderte Form der Arbeit zu messen versuchen. *Rosenbach* betont es wiederholt, dass, wie alles materielle Geschehen, auch die Vorgänge in dem Molecularcomplexe, den wir lebenden Organismus nennen, nur dem Gesetze von der Erhaltung der Energie unterworfen sind, und dass demgemäss jeder Eingriff in den Ablauf dieser Vorgänge, der den Postulaten dieses Gesetzes widerspricht, als nutzlos, ja häufig sogar als schädlich für den Ablauf der Transformation der Energie betrachtet werden müsse.

Ein wesentlicher Theil der Therapie, so deducirt der Verf. weiter, beruht darauf, bei Vermehrung der Widerstände für die wesentliche Arbeit — die zur Auslösung des Betriebes der Protoplasmamaschine bestimmte lebendige Kraft — die ausserwesentliche Arbeit auf ein Minimum zu reduciren, den Betrieb der Maschine so viel und so zeitig als möglich einzuschränken, denn durch diese Verminderung der Umsetzungen wird auch die Grösse des Reizes vermindert, des Auslösungsvorganges, den sich der Organismus immer von Neuem bei seiner Arbeit, der Uebertragung des molecular gebundenen Sauerstoffes auf das oxydable, Spannkraft liefernde Molecül, d. h. durch Wärmebildung, schafft. Ein nicht minder wichtiger Zweig der Therapie sei aber auch der, welcher sich mit der Verminderung des aussergewöhnlichen Reizes befasst, d. h. derjenigen lebendigen Kraft, die von anderen Organismen zu Tage gefördert wird, welche in den menschlichen Organismus eintreten (Mikrobien) und dessen Arbeitsleistung bezüglich des Spannkraftmateriales für die eigene Erhaltung benützen. Wenn nicht zuletzt ein Stillstand der Maschine eintreten soll, müssen diese ausserwesentlichen Reize vernichtet werden, und zwar durch Mittel, welche, ohne den Betrieb des grossen Motors zu stören, den kleinen zum Stillstande bringt. Und denselben Gedankengang verfolgend, bezeichnet Verf. als anzustrebende Ziele rationelle Hygiene: Den zweckmässigen Ersatz der verbrauchten Spannkräfte durch passende und reichliche Nahrung, Gewährung der nöthigen Ruhepausen zur Aufsammlung der verlorenen Spannkräfte, Verminderung der ausserwesentlichen Arbeit.

Das Ziel diagnostischer Kunst, so sagt *Rosenbach* am Schlusse des Vorwortes, soll nicht das „Krankheitsbild", sondern die Erkennung des Beginnes veränderter Körperarbeit sein, die Therapie soll nicht das beschränkte Ziel der Heilung einer ausgeprägten Krankheit, sondern die Beseitigung der ungünstigen Bedingungen erstreben, die ein abnormes Verhältniss der Kraftvertheilung herbeiführen. Wahrlich mit diesen wenigen Worten präcisirt der Verf. ein grosses bedeutungsvolles Programm der Medicin der Zukunft. Wie er sich die Verwirklichung desselben denkt, wie er dem Arzte die frühzeitige Erkennung des Momentes vor Augen führt, in dem das Missverhältniss zwischen Anforderung an Arbeit und Kräftevorrath beginnt, wie er die Grundlagen einer wissenschaftlichen Therapie gestaltet, um die Krankheit als eine veränderte Form der Arbeitsleistung des Körpers zu bekämpfen — dies kann bei einer kurzen Besprechung auch nicht blos inhaltlich angegeben werden. Es sei nur angegeben, dass jedes einzelne Capitel einen für sich abgeschlossenen Essay bildet, welcher in frischer lebendiger Darstellung eine Fülle von geistvollen Bemerkungen und wichtigen Anregungen bietet und wie z. B.

besonders das meisterhaft bearbeitete Capitel „Die Bedeutung der functionellen Diagnostik für die Therapie“ auch die vollste Aufmerksamkeit des Praktikers verdient, dass aber die Verbindung sämmtlicher Abhandlungen, wenngleich zuweilen eine lockere, doch eine organisch zusammenhängende ist. Den Erörterungen über den „Wechsel der therapeutischen Moden“ und die „Grundlagen einer wissenschaftlichen Therapie“ folgt eine Besprechung der modernen therapeutischen Methoden, welche die Hervorrufung einer Reaction zum Ziele haben, der präventiven und curativen Methode der Schutzimpfung, sowie der specifischen Mittel auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten, um dann die Bedeutung der functionellen Diagnostik zu erörtern, die psychische Therapie innerer Krankheiten, und die rationelle Gestaltung der causalen Therapie beim fieberhaften Processe, bei gestörter Verdauungsarbeit, bei Chlorose. Den Anhang bildet eine, actuelles Interesse bietende Kritik des *Koch*'schen Verfahrens. Wir wünschen dem hervorragend bemerkenswerthen Buche, dass es nicht nur viel, sondern aufmerksam gelesen werde. Das Studium desselben bringt Freude und Gewinn. Prof. *E. H. Kisch.*

243. ***Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen.*** *Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet von Dr. med.* ***P. Baumgarten,*** *o. ö. Prof. der Pathologie an der Universität Tübingen. Sechster Jahrgang. 1890. Erste Hälfte. Braunschweig, Harald Bruhn, 1891.*

Vom VI. Jahrgang des genannten Jahresberichtes liegt die erstere grössere Hälfte vor. Auch für diesen Band ist die Zahl der Mitarbeiter mit mehreren hervorragenden Kräften vermehrt worden. Die Eintheilung des Werkes ist die bisherige geblieben. Da unter den Referenten sich Vertreter aller Culturnationen finden, so ist für die Vollständigkeit des Jahresberichtes das Möglichste erreicht. Derselbe, nun schon in sämmtlichen bacteriologischen Laboratorien eingebürgert, wird von Tag zu Tag auch dem Kliniker und den klinischen Instituten immer mehr unentbehrlich. Nicht nur die Diagnostik der Infectionskrankheiten ist derzeit ohne bacteriologische Kenntnisse eine nur unvollkommene, sondern auch die Lehren von der Immunität und Schutzimpfung, sowie überhaupt die Bestrebungen, unsere Kenntnisse von den biologischen Verhältnissen der Bacterien therapeutisch zu verwerthen, fesseln in so hohem Grade das Interesse der Kliniker, dass wir die Verbreitung des vorliegenden Jahresberichtes auch unter den Klinikern eingehend befürworten müssen. Die Ausstattung des Werkes muss anerkennend hervorgehoben werden. *R.*

244. ***Siebenter und achter Jahresbericht des Stadtphysikates über die Gesundheitsverhältnisse der königl. Hauptstadt Prag für die Jahre 1888 und 1889.*** *Erstattet von Dr.* ***Heinrich Záhoř,*** *Stadtphysikus, k. k. Sanitätsrath, Prag. Im Verlage der Gemeinderenten der königl. Hauptstadt Prag, 1891.*

Die ausgedehnte Thätigkeit auf dem Gebiete der Sanitätspolizei, welche das Stadtphysikat der Hauptstadt Prag sowohl wegen der bekanntlich ungünstigen sanitären Verhältnisse dieser Hauptstadt, als in Anbetracht der zahlreichen industriellen Anlagen in der Umgebung derselben zu entfalten hat, bringen es mit sich, dass der Jahresbericht des unter Leitung des Stadtphysikus *Dr. Heinrich Záhoř* stehenden Stadtphysikates stets eine Fülle belehrenden Inhaltes in Beziehung auf städtische Sanitätsverwaltung, d. h. praktische Durchführung und Durchführbarkeit der

Anforderungen der Hygiene enthält. Der vorliegende Jahresbericht enthält ebenfalls nicht nur ein reichliches statistisches Material, sondern auch ein reiches Material an sanitätspolizeilichen Entscheidungen und Durchführungen in Betreff von Canalisation, Schulhygiene, Leichenkammern, Friedhöfe, Grüfte, Desinfection, Errichtung industrieller Etablissements. Die Veröffentlichung der bezüglichen Gutachten in vorliegendem Berichte muss sowohl von den Verwaltungsbehörden, als von den sanitären Beiräthen derselben dankbar anerkannt werden. So glauben wir nur Gerechtigkeit zu üben, wenn wir den vorliegenden Physikatsbericht der königl. Hauptstadt Prag als mustergiltig anerkennen. *Loebisch.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

245. ***Ueber multiple Neuritis.*** *Von Prof. Dr. A. Fraenkel. Vortrag im Verein für innere Medicin zu Berlin. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 53.)*

Die Affection, von welcher ich mir erlauben werde, einige Fälle heute Ihnen vorzuführen, ist zum letzten Male in dieser Gesellschaft gelegentlich eines Vortrages von *Senator* Gegenstand einer eingehenden Discussion gewesen. *Senator* hat damals die Präparate von zwei Fällen vorgelegt, in denen es sich um ein besonders starkes Ergriffensein der Musculatur handelte. Dasselbe kennzeichnete sich durch bedeutende Hyperämie der Gefässe zwischen den einzelnen Mukelbündeln, Rundzellenanhäufung um dieselbe, Kernwucherung innerhalb der Sarcolemschläuche und in Folge dessen Druckatrophie der Muskelfasern. Namentlich in dem zweiten Falle seiner Präparate waren zu Anfang die hauptsächlichsten Symptome Schmerzen in der Musculatur gewesen, während Zeichen einer Betheiligung seitens der Nerven, insbesondere Druckschmerzen, ferner Anästhesien fehlten und erst im späteren Verlauf sich bemerkbar machten. *Senator* hat daher sowohl hier wie in einer in der Folge publicirten ausführlicheren Arbeit in der Zeitschrift für klinische Medicin hervorgehoben, dass in einer Reihe von Fällen von multipler Neuritis, wie es scheint, die Affection ihren Ausgang von der Musculatur nehme, mit einer Erkrankung der Musculatur einsetze, um von da erst auf die Nerven überzugreifen. Er ist der Ansicht, dass man neben der acut oder subacut verlaufenden Polyneuritis eine acute infectiöse Polymyositis unterscheiden müsse. Wenn wir die in den letzten Jahren beträchtlich angeschwollene Literatur über die multiple Neuritis durchgehen, so finden wir, dass die Bereicherungen, welche das Gebiet erfahren hat, sich einestheils auf die Erweiterung des klinischen Symtomencomplexes, andererseits aber auf gewisse pathologisch-anatomische Fragen beziehen. Während anfänglich nach dem Erscheinen der bekannten Arbeit von *Leyden* über diesen Gegenstand man zunächst daran ging, möglichst die von *Duchenne* aufgestellte Krankheitsform der acuten, respective subacuten spinalen Atrophie, der Paralysie spinale antérieure aigue und subaigue zu reduciren und die Mehrzahl der Fälle, die man früher dieser Affection zugerechnet hatte, in das Gebiet der multiplen Neuritis zu verweisen, so macht sich neuerdings wieder das Bestreben geltend, auch bei der multiplen Neuritis den Veränderungen am Centralnervensystem und speciell am Rückenmark mehr Aufmerksamkeit zu schenken. *Leyden* hatte selbst in seiner Arbeit, ebenso nach ihm *Oppenheim* und Andere, auf die nicht ganz selten vor-

kommenden Veränderungen, namentlich in der grauen Substanz der Vorderhörner, hingewiesen, welche in gewissen Alterationen der Ganglienzellen bestehen. In manchen Fällen hat man auch Hyperämie in der grauen Substanz, sowie vereinzelte myelitische Herde gefunden. Indessen ist es doch nicht wahrscheinlich, dass in der Mehrzahl dieser Fälle die Veränderung im Rückenmark selbst den Ausgangspunkt für den Process in den peripheren Nerven gegeben hat. Besonders interessant sind ferner gewisse Veränderungen in der weissen Substanz des Rückenmarks, auf welche gerade in der neueren Zeit mehr Gewicht gelegt wird. *Pal* hebt hervor, dass eine der Hauptfragen bezüglich der multiplen Neuritis gegenwärtig neben der Pathogenese derselben die Feststellung der Veränderungen am Centralnervensystem, namentlich im Rückenmark, sei. Er hat in seiner Arbeit selber über 8 Fälle berichtet, von denen er bei vier die Autopsie gemacht hat, und in allen 4 Fällen hat er ziemlich erhebliche Veränderungen im Rückenmark nachweisen können. Diese Veränderungen bestanden in einem Falle in Hyperämie der grauen Substanz mit capillären Blutungen im Hinter- und Vorderhorn, in einem zweiten in partieller Degeneration der *Lissauer*'schen Wurzelzone und Verbreiterung der Gliabalken im *Goll*'schen Strang (Halsmark); endlich in einem dritten Falle fand sich im Hals- und oberen Brustmark beträchtliche Degeneration der hinteren Wurzeln mit gleichzeitiger Degeneration der *Burdach*'schen Stränge, weiter abwärts im Brustmark, sowie zum Theile im Lendenmark ziemlich ausgebreitete Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn und eines Theiles der Kleinhirnseitenstrangbahn. *Pal* äussert die Anschauung, dass das Agens, das die multiple Neuritis zur Folge hat, und das allem Anscheine nach in die Kategorie der toxisch wirkenden Substanzen gehört, seine Wirkung auf die verschiedensten Punkte der Leitungsbahn der Nervenfasern ausüben könne, sowohl auf die Peripherie wie auf den Verlauf der Faser im Rückenmark selbst. Was dabei besonders interessant ist für das Verhalten im Rückenmark, ist der Umstand, dass die Degeneration hier nicht blos in systematischer Weise, sondern öfter in Form eines herdweisen Befallenwerdens statthat, so dass Stränge, die functionell nicht zusammenhängen, wie die Kleinhirnseitenstrangbahn und die Pyramidenseitenstrangbahn, nebeneinander und in verschiedener Höhe und Ausbreitung ergriffen sein können. Wenn ähnliche Befunde wie in dem zuletzt erwähnten Falle von *Pal* sich öfter wiederholen sollten, wobei intra vitam atactische Erscheinungen in den Oberextremitäten bestanden, und in der Leiche anatomisch ein Befund erhoben wurde, wie wir ihn bei der Tabes cervicalis antreffen, so würde die Entscheidung, ob man es am Krankenbett mit einem reinen Falle von multipler Neuritis, und zwar der atactischen Form (Neuro-Tabes peripherica) oder mit einer wirklichen Combination mit Tabes zu thun habe, zuweilen erschwert werden. Die Sache wird dadurch noch complicirter, dass bekanntlich umgekehrt im Verlaufe unzweifelhafter primärer Tabes auch die periphere Nervenfaser erkranken kann. Auch klinisch ist es so, dass Fälle vorkommen, die, obwohl nicht gerade häufig, es doch anfänglich zweifelhaft erscheinen lassen, womit wir es zu thun haben, ob mit einer Neuritis, hier speciell der atactischen Form derselben, oder mit wirklicher Tabes. Ich denke dabei nicht an die beiden Affectionen gemeinsamen vulgären Symptome, an die Schmerzen, die Aufhebung der Patellarreflexe, die Augenmuskellähmungen, noch an die höchst seltene und wohl erst einmal beobachtete Complication mit reflectorischer Pupillenstarre,

sondern an einige andere Symptome, wie Blasenstörungen, gastrische Beschwerden, Gürtelgefühl. Ich selbst habe auf meiner Abtheilung vor einiger Zeit einen Fall zu sehen Gelegenheit gehabt, den später *Remak* untersuchte, in welchem ich auf Grund gewisser, seit Jahren bestehender Magenbeschwerden, welche uns den Eindruck von Crises gastriques machten, und der Angabe des Gürtelgefühls mich der Diagnose der Tabes zuneigte. *Remak* hat nachher bei dem Patienten Muskelatrophie, und zwar degenerative Atrophie am Vorderarm und den unteren Extremitäten im Peroneusgebiet nachgewiesen und entschied sich dafür, dass Patient an multipler Neuritis leide. Aber die Patellarphänomene sind noch nicht zurückgekehrt, so dass es vielleicht doch nicht ganz ausgemacht ist, ob es sich nicht um eine Combination von Neuritis mit Tabes handelt. Der Patient, dessen Präparate ich zur mikroskopischen Betrachtung aufgestellt habe, war dadurch bemerkenswerth, dass er eine eigenthümliche Alteration der Psyche, die man zuweilen bei multipler Neuritis beobachtet, und auf welche neuerdings *Korsakoff* aufmerksam gemacht hat, darbot; sie kommt namentlich bei alkoholischer Neuritis vor, wird aber auch gelegentlich bei infectiösen Formen der Neuritis constatirt. Die Affection macht sich bemerkbar durch folgende Symptome: In einer Reihe von Fällen handelt es sich um eine reizbare Schwäche der psychischen Sphäre, die Patienten sind schlaflos, leicht erregbar und verstimmt; in einer zweiten Reihe von Fällen dagegen besteht ein Mangel des Orientirungsvermögens in Bezug auf Zeit und Ort, verbunden mit einem gewissen Grad von Verwirrtheit, und in einer dritten endlich bieten die Patienten die Erscheinungen äusserster Vergesslichkeit; sie können unter Umständen ganz prompte Antworten auf die ihnen vorgelegten Fragen geben, wissen aber nichts von den Dingen, die kurz vorher sich ereignet haben. *Korsakoff* führt an, dass diese Symptome unter Umständen so vollkommen das Bild der multiplen Neuritis verdecken, dass die Diagnose dadurch erschwert wird. Er ist der Meinung, dass die Symptome ebenfalls durch die Einwirkung des die Neuritis hervorrufenden toxischen Agens, und zwar auf das Gehirn selbst, zu Stande kommen, indem er in einem Falle Veränderungen (Hyperämie, Blutaustritt, Vermehrung des Bindegewebes) in der Hemisphärenrinde nachgewiesen haben will. Von Wichtigkeit ist, dass, abgesehen von Verwechslungen mit progressiver Paralyse, zu welchen diese Form der psychischen Störung führen kann, das Allgemeinbefinden der Patienten eine tiefgehende Alteration aufweist. Die Kranken machen den Eindruck des Verfallenseins, allgemeiner Abmagerung, ihre Pulsfrequenz ist erhöht, der Puls unregelmässig, es besteht hartnäckiges Erbrechen.

Kleine Mittheilungen.

246. ***Tod nach einem Hymenalrisse in Folge eingetretener Sepsis.*** Von *Francis L. Haynes.* Los Angeles Californien. (Amer. Journ. of obstetr. Juni-Heft 1891, pag. 268. — Allg. med. Central-Ztg. 1891. 82.) Eine 22jähr. Neuvermählte begann in der Hochzeitsnacht nach ausgeübtem ersten Coitus zu bluten. Der sofort gerufene Arzt fand einen bis zum Perineum reichenden Hymenalriss, der stark blutete. Durch Eisenchlorid wurde die Hämorrhagie sofort gestillt. Die nächstfolgende Nacht wurde der Arzt wieder gerufen, da die Blutung nach neuerlich ausgeübtem Coitus wiederkehrte. Es wurde wieder ein Eisenchloridtampon eingelegt. Da der Arzt darauf vergass, den Tampon zu entfernen, blieb derselbe 4 Tage liegen. Inzwischen setzten septische Erscheinungen ein, denen die Kranke 4 Tage nach Entfernung des Tampons erlag.

247. ***Diabetes mellitus gravidarum.*** (Amer. Journ. of obstetr. October-Heft 1891, pag. 1242.) Die bei Puerperen und Stillenden vorkommende Glycosurie ist nicht zu verwechseln mit Diabetes. Diabetes bei Schwangeren ist als selten angenommen, doch ist es die Frage, ob dies richtig ist, ob nicht so manche Fälle übersehen werden. Stirbt die Frucht ohne scheinbar nachweisbare Ursache ab, so ist es stets angezeigt, den Harn auf Zucker zu prüfen. In manchen Fällen leiteten erst Sehstörungen auf die Diagnose dieses Leidens hin. Der Tod der Frucht erfolgt meist im 7. Graviditätsmonate, doch wird die Frucht meist erst 1—2 Monate später geboren. Der Process verläuft manchmal in sehr rapider Weise. In solchen Fällen ist die Einleitung der künstlichen Frühgeburt angezeigt, und zwar sobald die Frucht ihre Lebensfähigkeit erreicht hat. Bei milder verlaufendem Processe ist eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nicht nöthig. *Kleinwächter.*

248. ***Gegen Kopfschuppen*** soll (Monit. thérap. 1891. Dec. — Therap. Monatsh. 1892. 1) mittelst Schwämmchen folgende Mischung auf die Kopfhaut applicirt werden:

Borax *5·0,*
Eau de Cologne *10·0,*
Aqu. font. *250·0.*
S. Aeusserlich.

249. ***Suppositorien gegen chronische Prostatitis.*** *Oberländer* empfiehlt bei chronischer Prostatitis Jodoformsuppositorien in folgender Zusammensetzung:

Rp. *Jodoformii 0·5—1·0*
Solve in.
Ol. Amygdal. dulc.
q. s.
Adde Butyr. Cacao q. s.
u. f. supposit. X.

DS. Allabendlich nach vorheriger Entleerung ein Suppositorium zu appliciren.

Der Zusatz von Süssmandelöl erhöht die Resorption des Jodoforms. Man beginnt mit Dosen von 0·05 und steigt allmälig bis 0·1. Bei sensiblen Individuen können 10 Cgrm. Intoxicationssymptome hervorrufen, geringere Dosen werden dagegen stets vertragen. *Oberländer* hat vom Jodoform erheblich günstigere Resultate gesehen als von Jodkaliumanwendung. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 53.)

250. ***Infectiös-peripharyngealer Abscess. (Phlegmone infectieux péripharyngien.)*** *Von Dr. Sanvineaud. (Bull. méd. und Revue de laryngol. 1891. 15.)*

Schlingbeschwerden, Oedem der Mucosa, miliare Abscesse, Athembeschwerden, Tod durch Collapsus. Die Section ergab Eiterinfiltration um den Oesophagus, Pharynx und Unterhautzellgewebe des Halses; es könnte sich auch um *Ludwig*'sche Angina handeln.

XI. Congress für innere Medicin. Derselbe findet vom 20. bis 23. April 1892 zu Leipzig im Deutschen Buchhändlerhause, Hospitalstrasse, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. *Curschmann* (Leipzig) statt. Die Themata, welche zur Verhandlung kommen sollen, sind: Mittwoch, den 20. April: Die schweren anämischen Zustände. Referenten: *Birmer*, Breslau, und *Ehrlich*, Berlin. Freitag, den 22. April: Die chronische Leberentzündung. Referenten: *Rosenstein*, Leyden und *Stadelmann*, Dorpat. Die nachstehenden Vorträge sind bereits angemeldet: *Emmerich*, München: Ueber die Ursache der Immunität und die Heilung von Infectionskrankheiten. — *Peiper*, Greifswald: Ueber Urämie. — *Rob. Binswanger*, Kreuzlingen-Constanz: Ueber die Erfolge der Suggestiv-Therapie. — *Goltz*, Strassburg: Ueber die Folgen der Ausschneidung grösserer Stücke des Rückenmarkes (Bericht über Beobachtungen, welche von *Goltz* und *Ewald* an Hunden angestellt wurden). — *Schott*, Nauheim: Zur Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten. — *v. Jaksch*, Prag: Thema vorbehalten. — *Fürbringer*, Berlin: Zur Kenntniss der sogenannten Leberkolik und Pseudogallensteine. — *Vucetic*, Mitrovitz: Behandlung des Alkoholismus. — *Minkowski*, Strassburg: Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Pancreasexstirpation. — *Ebstein*, Göttingen: Thema vorbehalten. — *Adamkiewicz*, Krakau: Ueber die Behandlung des Carcinomes. — *Finkler*, Bonn: Die verschiedenen Formen der Pneumonie. — *Gerhardt*, Berlin: Thema vorbehalten. — *Geppert*, Bonn: Thema vorbehalten. — *Israël*, Berlin: Ueber die secundären Veränderungen der Kreislaufsorgane bei Insufficienz der Nierenthätigkeit. — *Landois*, Greifswald: Ueber den

therapeutischen Werth der Bluttransfusion beim Menschen. — *Rütimeyer*, Basel-Riehen: Zur Pathologie der Bilharziakrankheit. — *Grawitz*, Greifswald: Ueber die hämorrhagischen Infarcte der Lungen. — *Klebs*, Zürich: Ueber die Heilung der Tuberculose und die Biologie der Tuberkelbacillen. — *G. Klemperer*, Berlin, und *F. Klemperer*, Strassburg: Untersuchung über die Ursachen der Immunität und Heilung, besonders bei der Pneumonie. — *Buchner*, München: Ueber Immunität gegen Infectionskrankheiten. — *v. Ziemssen*, München: Ueber subcutane Bluttransfusion. — *F. Wolff*, Reiboldsgrün: Ueber das Verhältniss der Infectionsgefahr zum wirklichen Erkranken bei Tuberculose. — *Löffler*, Greifswald: Thema vorbehalten. *Rich. Stern*, Breslau: Ueber Darmdesinfection. — *H. Leo*, Bonn: Beobachtungen über Diabetes mellitus — *Schreiber*, Königsberg: Ueber Circulationsstörungen in den Nieren. — Mit dem Congresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate u. s. w. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Local-Secretär des Congresses, Privatdocenten Dr. *Krehl*, Leipzig, Thalstrasse 31, zu richten.

Mit dieser Nummer versenden wir einen illustrirten Prospect über das **Diagnostische Lexikon für praktische Aerzte,** *unter Mitwirkung hervorragender Fachgenossen herausgegeben von* **Dr. Anton Bum** *und* **Dr. M. T. Schnirer,** *welchen wir der geneigten Beachtung unserer Leser bestens empfehlen.*

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Husemann, *Dr. Theodor,* Professor der Medicin an der Universität Göttingen. Handbuch der Arzneimittellehre. Mit besonderer Rücksichtnahme auf die neuesten Pharmakopöen für Studirende und Aerzte bearbeitet von —. Dritte Auflage des Handbuches der gesammten Arzneimittellehre. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1892.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII. Jahrg 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 1—6 vom Jahre 1892:

Einzelpreis dieses Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp in Wien.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Leipzig.

PROSPECT.

DIAGNOSTISCHES LEXIKON

FÜR

PRAKTISCHE ÄRZTE

UNTER MITWIRKUNG DER HERREN

Prof. A. ADAMKIEWICZ, Krakau — Prof. S. R. v. BASCH, Wien — Dr. B. BEER, Wien — Prof. M. BENEDIKT, Wien — Doc. C. BETTELHEIM, Wien — Doc. A. BIACH, Wien, Prof. L. v. BLUMENSTOK, Krakau — Dr. E. BOCK, Laibach — Dr. M. BRESGEN, Frankfurt a. M. — Doc. C. BREUS, Wien — Dr. L. CASPER, Berlin — Dr. J. CSÉRI, Budapest — Doc. J. V. DROZDA, Wien — Prof. G. EDLEFSEN, Hamburg — Doc. S. EHRMANN, Wien — Dr. A. EITELBERG, Wien — Doc. J. ELISCHER, Budapest — Doc. J. ENGLISCH, Wien — Dr. S. ERBEN, Wien — Prof. A. EULENBURG, Berlin — Doc. E. FINGER, Wien — Doc. L. v. FRANKL-HOCHWART, Wien — Doc. S. FREUD, Wien — Prof. J. GOTTSTEIN, Breslau — Doc. M. GROSSMANN, Wien — Doc. P. GUTTMANN, Berlin — Doc. H. R. v. HEBRA, Wien — Doc. M. HEITLER, Wien — Dr. C. HOCHSINGER, Wien — Dr. M. HOROVITZ, Wien — Doc. A. HUBER, Zürich — Prof. TH. HUSEMANN, Göttingen — Dr. E. JAHODA, Wien — Dr. A. JOLLES, Wien — Dr. M. JOLLES, Wien — Dr. F. KAUDERS, Wien — Prof. E. H. KISCH, Prag — Doc. S. KLEIN, Wien — Prof. L. KLEINWÄCHTER, Czernowitz — Doc. G. KLEMPERER, Berlin — Dr. TH. KNAUTHE, Dresden — Doc. L. KÖNIGSTEIN, Wien — Dir. W. KÖRTE, Berlin — Dr. G. KOLISCHER, Wien — Dr. M. KORITSCHONER, Wien — Doc. C. LAKER, Graz — Prof. A. LANDERER, Leipzig — Dr. R. LEWANDOWSKI, Wien — Prof. W. F. LOEBISCH, Innsbruck — Dir. C. LÖBKER, Bochum — Dr. L. LÖWENFELD, München — Dr. H. LOHNSTEIN, Berlin — Dr. A. MARMOREK, Wien — Doc. J. R. v. METNITZ, Wien — Doc. J. P. MOEBIUS, Leipzig — Prof. A. R. v. MOSETIG-MOORHOF, Wien — Doc. J. NEVINNY, Wien — Doc. M. NITZE, Berlin — Doc. L. PERL, Berlin — Dr. A. PEYER, Zürich — Doc. R. STEINER Freih. v. PFUNGEN, Wien — Doc. J. POLLAK, Wien — Doc. C. POSNER, Berlin — Dr. L. RÉTHi, Wien — Prof. O. ROSENBACH, Breslau — Doc. TH. ROSENHEIM, Berlin — Dr. E. ROTTER, München — Doc. W. ROTH, Wien — Dr. F. RUBINSTEIN, Berlin — Dr. J. SCHWALBE, Berlin — Doc. E. SEHRWALD, Jena — Prof. R. STINTZING, Jena — Doc. L. UNGER, Wien — Dr. M. WEISS, Prag — Doc. F. WINDSCHEID, Leipzig — Dr. M. WITZINGER, Wien — Dr. G. WOLZENDORFF, Wiesbaden — Doc. M. R. v. ZEISSL, Wien — Doc. TH. ZIEHEN, Jena — Dr. O. ZUCKERKANDL, Wien

HERAUSGEGEBEN VON

Dr. ANTON BUM UND Dr. M. T. SCHNIRER,

REDACTEURE DER „WIENER MEDIZINISCHEN PRESSE“.

Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt

Primum diagnosis!

Die erste und schwierigste Aufgabe des Arztes am Krankenbette ist die Stellung der Diagnose. Vorhersage und Behandlung der Krankheit hängen von der richtigen Erkennung des Leidens und seines vorliegenden Stadiums ab; die Diagnose ist es, die das Vorgehen des Arztes, vielleicht das Schicksal des Kranken bestimmt.

Die bedeutende Entwicklung, die die Heilkunde in den letzten Decennien genommen hat, verdankt sie in erster Reihe der Ausgestaltung der Untersuchungsmethoden. Chemie und Physik wetteifern in dem Bestreben, sich der Diagnostik dienstbar zu machen; die Eprouvette und das Mikroskop, Hörrohr und Plessimeter, Sonde und Messband sind das Armatorium des modernen Arztes, bestimmt, dessen Auge und Hand zu ergänzen. Der Arzt bedient sich der Elektricität, um die Function der Nervenleitung zu prüfen, die Körperhöhlen zu beleuchten und pathologische Veränderungen im Innern des menschlichen Körpers der Adspection zuzuführen; er ist in den Stand gesetzt, den Hintergrund des Auges mit derselben Sicherheit und Deutlichkeit zu sehen, wie das Bild des Kehlkopfes, des Trommelfells, der Nasenhöhlen und des Genital-

schlauches. Er vermag Veränderungen in den Organen der Respiration und Circulation mit Genauigkeit festzustellen, den Charakter pathologischer Producte zu erkennen, Abweichungen der Zusammensetzung physiologischer Se- und Excrete nachzuweisen. Die Resultate bakteriologischer Forschung setzen uns in die Lage, Erkrankungen durch einen Blick in das Mikroskop zu differenziren, und nicht allzufern ist die Zeit, wo wir für die Mehrzahl der Infectionskrankheiten wohlcharakterisirte Lebewesen aufgefunden haben werden.

Das grosse, täglich wachsende Gebiet der Diagnostik voll und ganz zu beherrschen, übersteigt die Fähigkeit eines Menschen. Der praktische Arzt, berufen, jeden ihm begegnenden Fall richtig zu beurtheilen, wird ein Werk willkommen heissen, das die Aufgabe hat, ihn bei Stellung der Diagnose zu unterstützen, ihm in präciser, aber erschöpfender Darstellung sämmtliche physikalischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden des menschlichen Körpers und seiner Se- und Excrete in Erinnerung zu bringen, die Gruppirung der ihm mitgetheilten subjectiven, sowie der durch Adspection, Mensuration, Palpation und die genannten Untersuchungsmethoden zu Tage geförderten objectiven Symptome zu erleichtern und durch Nachschlagen des „Diagnostischen Lexikons" die Ueberzeugung zu gewinnen, dass diese Symptome thatsächlich der vermutheten Diagnose entsprechen.

Der Aufgabe, dem Praktiker nicht nur synthetisch die Zusammensetzung des Krankheitsbildes zu erleichtern, sondern gleichsam einen Spiegel zu bilden, der ihm die Richtigkeit seiner Folgerungen auf analytischem Wege bestätigt, wird das „Diagnostische Lexikon" durch seine eigenartige Anlage voll und ganz entsprechen. Dafür bürgt der wohlerwogene, mit Consequenz verfolgte Plan des gross angelegten Werkes, dessen Durchführung Dank der hingebenden Mitarbeit zahlreicher, wissenschaftlich hochstehender und literarisch bewährter Fachmänner gesichert ist.

„Rasche und gründliche Orientirung auf allen Gebieten medicinischer Diagnostik" ist die Devise des Werkes, dem Mitarbeiter und Herausgeber ihre besten Kräfte widmen; die Anerkennung und Befriedigung der **praktischen Aerzte,** für die es bestimmt ist, das Ziel, dem sie unermüdlich zustreben.

Das „Diagnostische Lexikon" wird 2 Bände umfassen und erscheint in circa 40 Lieferungen à 3 Druckbogen, die in rascher Folge zur Ausgabe gelangen werden. Preis pro Lieferung 1 M. 20 Pf. = 72 kr. ö. W. Einzelne Hefte können nicht abgegeben werden.

Die Verlagshandlung
Urban & Schwarzenberg
in Wien und Leipzig.

Subscriptions-Schein.

Unterzeichneter bestellt hiermit bei der Buchhandlung von

URBAN & SCHWARZENBERG,
WIEN, I., Maximilianstrasse 4

1 Diagnostisches Lexikon *für praktische Aerzte.*

Unter Mitwirkung von über 80 hervorragenden Fachgenossen herausgegeben von
Dr. ANTON BUM** und **Dr. M. T. SCHNIRER.
Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Leipzig.

Lieferung 1 und Fortsetzung. *— à Lieferung 1 M. 20 Pf. = 72 kr. ö.W.* *und ersucht um regelmässige Zusendung der einzelnen Lieferungen sofort nach Erscheinen.*

Genaue und deutliche Adresse:

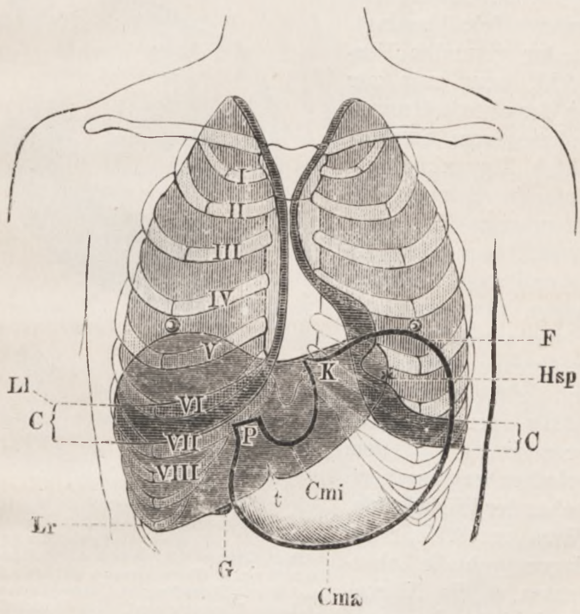
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Text- und Illustrationsprobe:

darüber, welcher von den letztgenannten Zuständen im einzelnen Falle vorliegt; ebensowenig ist sie allein im Stande, zu entscheiden, ob das Organ normal gross oder verkleinert sei. Für die Beurtheilung der Grösse und Lagerung der Leber genügt eben nicht die Bestimmung ihrer unteren Grenze, des sogenannten Leberrandes, vielmehr ist dazu auch die Kenntniss von dem Stande der oberen Lebergrenze erforderlich. Da letztere nur durch Percussion ermittelt werden kann, ist es zweckmässig, die Untersuchung mit der Percussion zu beginnen.

Die vorhin erwähnte anatomische Lage der Leber, d. h. die Ueberlagerung eines grossen Theiles durch die Lungen, macht es verständlich, dass nur der untere der Brust-, beziehungweise Bauchwand unmittelbar anliegende Theil percutorisch bestimmt werden kann. Im Bereiche dieses Abschnittes findet sich gedämpfter bis dumpfer Schall, oberhalb desselben der helle Lungen-, unterhalb desselben der tympanitische Darmschall. Für die Ermittlung der

Fig. 1.



Topographie der Leber und des aufgeblähten Magens (schematisch).
Ll Leberlungengrenze. *C* Complementärraum. *Lr* Vorderer unterer Leberrand. *G* Gallenblase. *t* Incisur am Lig. teres. *P* Pylorus. *K* Kardia. *F* Fundus. *Cmi* Curvatura minor. *Cma* C. maior. *Hsp* Lage der Herzspitze.

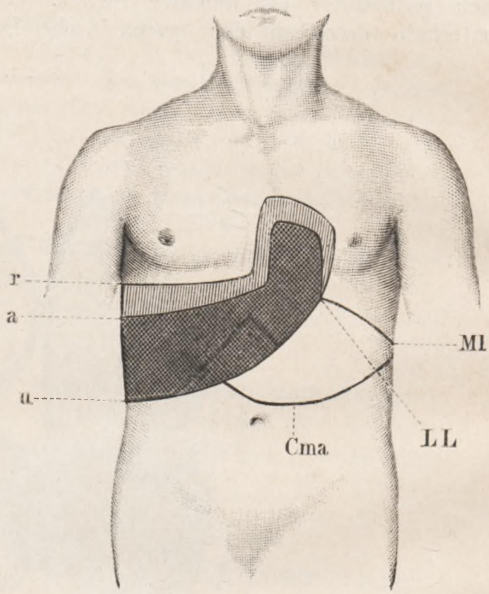
oberen Grenze (Leberlungengrenze, Fig. 1 *Ll*) geht man am besten vom Lungenschall aus und percutirt in senkrechter Richtung nach abwärts, für die untere Grenze in umgekehrter Richtung, ausgehend vom Darmschall. Zur Vermeidung von Mitschwingungen der genannten lufthaltigen Organe ist leise Percussion erforderlich, bei der Bestimmung des Leberrandes *(Lr)* ist gleichzeitig auf das Resistenzgefühl mit dem untergelegten Finger zu achten (palpatorische Percussion). Der mit leiser Percussion ermittelte gedämpfte Bezirk wird gewöhnlich als Leberdämpfung κατ' ἐξοχήν (SKODA) oder zum Unterschied von der gleich zu erwähnenden relativen (grossen) Leberdämpfung als absolute (kleine) Leberdämpfung (Fig. 2 *a—u*) bezeichnet. In ihrem Bereich ist der Schall nur oben völlig dumpf, nach unten wird er gedämpft-tympanitisch in Folge der Abnahme des Tiefendurchmessers des luftleeren Organes und der Nähe des Darmes und des Magens. Ueber dieser (absoluten) Leberdämpfung liegt im Bereich der Lungenränder noch eine etwa einen Intercostalraum (3—4 Cm.) breite Zone, welche bei starker Percussion relativ gedämpften Schall gibt und die sogenannte

Text- und Illustrationsprobe:

relative (grosse) Leberdämpfung nach oben begrenzt (s. Fig. 2 *r*—*u*). Letztere hat, da die anatomische obere Grenze der Leber noch höher liegt — der höchste Punkt ihrer Convexität liegt im 4. Zwischenrippenraume (s. Fig. 1) — untergeordneten diagnostischen Werth.

Die obere Grenze der (absoluten) Leberdämpfung wird durch eine annähernd horizontal verlaufende Linie gebildet, welche genau dem unteren Rand der rechten Lunge entspricht, also neben der Wirbelsäule in der Höhe des 10.—11. Brustwirbeldornfortsatzes (Fig. 3 *Ll*, Fig. 5 *a*), in der Scapularlinie über die 9., in der Axillarlinie über die 8., in der Mamillarlinie und Parasternallinie (Fig. 1 *Ll*, Fig. 2 *a*) am oberen Rande der 6. Rippe verläuft. Weiter nach links lässt sich die Leber nach oben percutorisch nicht mehr abgrenzen, weil das hier über derselben gelegene Organ, das Herz, selbst gedämpften Schall bedingt. Man geht aber unter gesunden Verhältnissen nicht fehl, wenn man zur Vervollständigung der oberen Grenze, eine Verbindungslinie vom Sternalende des 6. rechten Rippenknorpels oder von der Basis des Schwertfortsatzes bis zur Herzspitze (5. linker Zwischenrippenraum, etwas einwärts von der linken Mamillarlinie) zieht.

Fig. 2.



Percussionsgrenzen der Leber und des (aufgeblähten) Magens.
a Obere Grenze der absoluten (kleinen) Leber- (und Herz-) Dämpfung. *r* Obere Grenze der relativen (grossen) Leber- (und Herz-) Dämpfung. *u* Untere Grenze der Leberdämpfung. *LL* Leber-Lungenwinkel. *Cma* Grosse Curvatur des Magens. *Ml* Magen-Lungen-Grenze.

Nach unten lässt sich die normale Leber, vorausgesetzt, dass die angrenzenden Organe (Colon und Magen) nicht mit Flüssigkeit oder festen Ingestis gefüllt oder ganz leer sind, durch Percussion genau dem anatomischen Verhalten entsprechend abgrenzen. Nur neben der Wirbelsäule, wo die rechte Niere unmittelbar an die Leber sich anlagert, geht die Leberdämpfung nach unten in die Nierendämpfung über und bildet den sogenannten Lebernierenwinkel (s. Fig. 5 *LN*). Von diesem an entspricht die untere Lebergrenze einer Linie, welche von der Scapularlinie bis zur Axillarlinie längs der 11. Rippe läuft (Fig. 3 *uL*), in letzterer nicht ganz bis an den Rippenbogen herabreicht, in der rechten Mamillarlinie den Rippenbogen schneidet, die Medianlinie in der Mitte zwischen der Basis des Schwertfortsatzes und dem Nabel durchkreuzt, von hier aus schräg nach links emporläuft, um schliesslich im linken 5. Zwischenrippenraum mit der Herzspitze zusammenzutreffen (s. Fig. 1 *Lr* und Fig. 2 *u*). An letzterer Stelle bildet sie mit der ebenfalls hier endigenden linken unteren Lungengrenze den sogenannten Leberlungenwinkel (Fig. 2 *LL*).

Die gemachten Angaben über die obere und die untere Grenze der Leberdämpfung beziehen sich auf die Mittelstellung bei ruhiger Athmung. Wichtig für die Diagnostik sind aber ferner die respiratorischen Verschiebungen der Leberdämpfung. Es leuchtet ohne Weiteres ein, dass an den Athmungsbewegungen des Zwerchfells ein demselben fest anliegendes Organ Antheil nehmen muss.

Stintzing (Jena).

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.